

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

46
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Edmond KURZENNE

Né le 26 Novembre 1889 à Boussac

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

FORMES CLINIQUES
DE LA
SYPHILIS GASTRIQUE
CHEZ L'ADULTE

TRAVAIL DU SERVICE DU DOCTEUR FLORAND, A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Président: M. MARFAN, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

46

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Edmond KURZENNE

Né le 26 Novembre 1889 à Boussac

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris



FORMES CLINIQUES
DE LA
SYPHILIS GASTRIQUE
CHEZ L'ADULTE

TRAVAIL DU SERVICE DU DOCTEUR FLORAND, A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Président : M. MARFAN, Professeur.

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANCON.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
	DUPRÉ.
	JEANSELME
	P. MARIE.
	TEISSIER.
	DELBET.
	GOSSET.
	LEJARS.
	HARTMANN.
	DE LAPERSONNE.
	LEGUEU.
	BAR.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	J. L. FAURE.
	Aug. BROCA.
	VAQUEZ.
	SEBILEAU.
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique des maladies des voies urinaires	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile	
Clinique thérapeutique	
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI.	DUVOIR.	LANGLOIS.	PHILIBERT.
ALGLAVE.	FISSINGER.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	GARNIER.	LEMIERRE.	RETTERER.
BAUDOUIN.	GOUGEROT.	LEQUEUX.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE.	GRÉGOIRE.	LEREBoullet.	RICHAUD.
BRANCA.	GUILLEMINOT.	LERI.	ROUSSY.
CAMUS.	GUENIOT.	Le LORIER.	ROUVIERE.
CHIRAY.	GUILLAIN.	LEVY-SOLAL.	SCHWARTZ, A.
CHAMPY.	HEITZ-BOYER.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	JOYEUX.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	LABBE HENRI.	MOCOQUOT.	TIFFENEAU.
DESMAREST.	LAIGNEL-LAVAS-	MULON.	VILLARET.
DEBRE.	TINE.	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

Nous remercions vivement notre maître d'avoir accepté la présidence de cette thèse et de nous avoir prodigué son enseignement pendant que nous étions son externe à la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR FLORAND

MÉDECIN DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

*Nous ne saurions lui être assez
reconnaissant pour l'intérêt qu'il n'a
jamais cessé de nous témoigner.*

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY
(Dispensaire Léon Bourgeois)
In memoriam.

MONSIEUR LE DOCTEUR FLORAND
(Hopital Lariboisière)

MONSIEUR LE DOCTEUR QUEYRAT
(Hôpital Cochin)

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN
(Hôpital des Enfants-Malades)

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI LEMAIRE
MÉDECIN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR G. BLECHMANN
CHEF DE CLINIQUE
HYGIÈNE ET CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRAULT
ASSISTANT DE LA CONSULTATION
DES MALADIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN
A L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE

*Qui nous a prodigué ses conseils
dans l'élaboration de ce travail.*

A MES MAITRES
DE L'INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE
ET DE PSYCHIATRIE

INTRODUCTION

Les anciens auteurs ne semblent pas avoir individualisé la syphilis de l'estomac. C'est Andral qui pour la première fois en 1834, observant une malade dont les désordres gastriques n'avaient pu être améliorés par aucun traitement, et constatant chez elle des ulcérations syphilitiques du pharynx, eut l'idée de rapporter cette gastropathie à la syphilis; les effets du traitement spécifique avaient été si rapides que « après la douzième friction, l'état de la malade n'était plus reconnaissable. »

On trouve depuis cette époque un certain nombre d'observations cliniques dans la littérature médicale. Dieulafoy consacre un chapitre à ce sujet dans son manuel de pathologie interne.

D'une façon générale les observateurs dans toute cette période, ne posent le diagnostic de syphilis stomacale, que sur l'assertion du malade ou sur la constatation de stigmates de syphilis coexistant avec des troubles dyspeptiques. Ils appliquent le vieil adage « *Naturam morborum curationes ostendunt* » et signalent la syphilis gastri-

que, quand le traitement par le mercure ou par l'iodure de potassium, a amené la disparition de troubles gastriques rebelles aux traitements habituellement employés.

C'est en 1907 que Pater, dans sa thèse de doctorat, faisant une revue critique des cas publiés à cette date, élimine un certain nombre d'observations peu probantes et s'attache à démontrer l'entité histo-pathologique de la syphilis gastrique. Avant lui, Chiari, de Prague, en avait étudié l'anatomie pathologique, et plus particulièrement chez le nourrisson hérédosyphilitique. Mais, Cornil, dès 1874, avait communiqué à la Société médicale des hôpitaux une étude histologique d'un cas de gommes syphilitiques multiples de l'estomac.

Dès ce moment, les auteurs s'attachent à ne pas porter à la légère le diagnostic de syphilis gastrique. On recherche le plus possible à donner la preuve de la syphilis par les examens histologiques faits *post mortem*, ou par les examens de pièces obtenues au cours d'interventions chirurgicales.

A partir de 1910, les observations semblent de nouveau se multiplier, tout au moins à l'étranger et plus particulièrement en Amérique. Deux méthodes d'investigations nouvelles permettent au clinicien de s'éclairer sur la pathogénie des gastropathies résistant aux méthodes communes de traitement.

En ce qui concerne la syphilis c'est d'abord la réaction de Bordet-Wassermann qui permet de dépister les syphilis ignorées et pour l'estomac, c'est l'examen radioscopique, qui permet de saisir la forme de l'organe, ses dimen-

sions, son fonctionnement et qui mieux est de contrôler l'efficacité du traitement, surtout lorsqu'il s'agit de déformations de l'estomac.

La syphilis de l'estomac apparaît de moins en moins exceptionnelle, mais à ce sujet les auteurs semblent assez partagés.

A l'occasion d'une discussion au sujet d'un cas communiqué par M. Hepp à la Société de l'internat, M. Montprofit déclare que sur un millier d'opérés (1910) et sur plusieurs milliers d'examen il n'a jamais constaté qu'un seul cas très net. M. Lion de son côté, déclare qu'il ne se passe pas d'année sans qu'il ait l'occasion d'en observer quelques cas.

En Amérique, Smithies en 1915 publie une statistique portant sur l'observation de 7.545 sujets atteints de troubles dyspeptiques, il a noté la syphilis gastrique dans 26 cas, soit 0,34 %. Sur les 7.545 sujets observés, 1603 étaient atteints d'affections stomacales ou duodénales, pour ces dernières la proportion de syphilis était de 1,6 %.

Cancer.....	15,3 %
Ulcère stomacal	18,7 %
Ulcère duodénal	39 %
Gastrite	24,8 %
Syphilis.....	1,6 %

Nous verrons que certains auteurs américains, donnent, surtout en ce qui concerne l'ulcère, des pourcentages de syphilis beaucoup plus élevés.

Tous les traités de médecine consacrent un chapitre à l'étude de la syphilis gastrique. Dans le traité de Gilbert et Thoinot on trouve une étude de Hayem et Lion. Il existe de courtes études dans les traités de Debove, Achard et Castaigne sur les maladies du tube digestif; dans celui de Soupault sur les maladies de l'estomac; dans celui de Mathieu, Sencert et Tuffier : *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage*.

D'une façon générale, les auteurs s'accordent pour reconnaître que quelle que soit la forme sous laquelle elle se manifeste, la syphilis gastrique n'a pas de signes qui lui appartiennent en propre, et l'on cite à plusieurs reprises la phrase de Fournier : « l'estomac lésé par la syphilis, n'a pas pour exprimer sa souffrance de troubles fonctionnels différents de ceux qui servent d'expressions à des lésions gastriques relevant de causes très différentes. »

Les vérifications anatomiques restent rares, il n'est pas exceptionnel qu'un chirurgien, au cours d'une intervention, frappé de l'aspect anormal des lésions gastriques, fasse un examen histologique.

En l'absence de constatations anatomiques quand les stigmates de l'infection manquent, la réaction de Bordet-Wassermann, et le contrôle radioscopique de l'efficacité du traitement antisiphilitique sont à l'heure actuelle les meilleures preuves de l'atteinte de l'estomac par la syphilis.

PREMIÈRE PARTIE

TROUBLES GASTRIQUES DANS LA SYPHILIS RÉCENTE

Les auteurs sont nombreux à avoir constaté des troubles dyspeptiques au cours de la syphilis secondaire.

Ces troubles apparaissent au début de la période secondaire, sont contemporains de la roséole, ils coexistent avec un état infectieux que l'on peut observer de temps à autre, le plus souvent chez la femme.

Ces troubles dyspeptiques peuvent être attribués à l'infection, on note souvent une légère élévation de température, 38°, de la céphalée, de l'inappétence, de la constipation. Ces symptômes réalisent ce que Fournier a appelé la typhose secondaire.

Il est d'autres cas où le syndrome dyspeptique secondaire paraît procéder d'une asthénie, d'un défaut d'activité, intéressant tout à la fois les glandes et les muscles de l'estomac et de l'intestin. L'appétit est diminué

et la langue un peu saburrale. Après le repas, il se produit un ballonnement pénible de l'épigastre avec sensation de pesanteur et de plénitude. Ces troubles s'accompagnent d'inaptitude au travail intellectuel et physique, de bouffées de chaleur. Le malaise dure plus ou moins longtemps, deux ou trois heures, parfois il n'a pas disparu au moment du repas suivant. La constipation est de règle, les émissions de gaz par l'anus et par la bouche sont fréquentes et s'accompagnent d'une atténuation de malaise gastrique.

Ces troubles peuvent être dûs en partie à l'infection mais aussi; et pour la plus grande part à l'ingestion de médicaments anti-syphilitiques. Il est exceptionnel de les observer avec les traitements actuels par injections de sels solubles de mercure, et les injections intra-veineuses d'arsénicaux.

Fournier a signalé dans le période secondaire des cas de boulimie qui s'observent le plus habituellement dans les premiers mois de la maladie, souvent coïncidant avec la première poussée des accidents secondaires. Cette boulimie est un accident plus commun chez la femme que chez l'homme, et ne se produit guère que dans certaines formes de syphilis remarquables par la multiplicité et le caractère nerveux de leurs manifestations.

Il arrive que cet état entraîne des désordres gastriques ou intestinaux plus ou moins graves, surtout s'il se prolonge, comme Fournier l'a observé, pendant plusieurs semaines.

Ces désordres consécutifs ont consisté principalement du côté de l'estomac en : phénomènes douloureux variés,

malaise gastrique, lourdeur, pesanteur après le repas; crampes, tiraillements, tortillements, véritables coliques stomacales ou troubles dyspeptiques : aigreurs, éructations, lenteur et difficulté de la digestion, nausées et vomissements et du côté de l'intestin en borborygmes, coliques fréquentes, sourdes, entéralgie et surtout diarrhée.

Ces phénomènes ne se montrent pas réunis sur le même malade, ils ne sont pas également fréquents, le plus souvent on observe des vomissements et de la diarrhée. Il y a parfois coexistence d'une fièvre élevée.

Pour Fournier qui a vu cette boulimie accompagnée presque toujours de signes généraux et de troubles nerveux, et qui se demandait quelle était la nature intime de ce phénomène, il y a plutôt lieu de penser qu'il s'agit d'une lésion des centres nerveux que de modifications des sécrétions gastriques.

Nous pouvons donc conclure que dans la période secondaire, l'estomac n'est touché que d'une façon connexe.

Qu'il s'agisse de troubles digestifs au cours de l'état infectieux de la période secondaire, ou de troubles digestifs consécutifs à l'ingestion pendant plusieurs semaines de quantités exagérées d'aliments et de boissons, l'estomac ne semble pas lésé directement par la syphilis. Les lésions gastriques syphilitiques ne se produisent que dans l'hérédo-syphilis et dans la période tertiaire.

HEREDO-SYPHILIS GASTRIQUE TARDIVE

Nous ne pouvons envisager dans cette étude les troubles digestifs du nourrisson hérédo-syphilitique. Cette question offre une telle importance qu'elle mérite une étude spéciale. Qu'il nous suffise de rappeler que les observations histo-pathologiques de Chiari, reposent presque toutes sur des nouveau-nés ou des fœtus hérédo-syphilitiques. J'ai eu l'occasion étant externe de M. le Professeur Marfan, de faire l'autopsie d'un nourrisson mort de gastrorragie et d'hémorragies intestinales qui portait en outre de nombreuses lésions d'hérédo-syphilis (Observation communiquée à la société de Pédiatrie par MM. Lemaire, Blechmann et Turquety).

Nous ne ferons que rappeler que M. le Pr. Marfan signale la fréquence de l'hérédo-syphilis dans la maladie des vomissements habituels et les bons effets du traitement anti-syphilitique dans cette affection. Plusieurs auteurs allemands (Birsch-Hirschfeld, Bittner, Oberndorfer, Aristoff) cités dans la thèse de Pater ont étudié l'anatomie pathologique des lésions gastriques dans l'hérédo-syphilis.

Mackay cité dans la même thèse rapporte un cas de syphilis gastrique dans l'hérédo-syphilis tardive. Nous

citerons une observation résumée de Devé de Rouen, publiée dans la *Normandie médicale* :

Jeune fille de 19 ans se plaignant de troubles gastriques depuis un an. Il y a trois mois les vomissements sont devenus plus fréquents. Mais depuis une quinzaine de jours les douleurs et les brûlures gastriques sont permanentes, exaspérées par l'ingestion des aliments. vomissements, ne calmant pas la douleur. Amaigrissement notable. On porte le diagnostic d'ulcus gastrique. Malgré un régime sévère la malade n'est pas soulagée. Au bout de dix jours les douleurs sont aussi intenses, la malade ne retient aucune nourriture. On apprend à ce moment que la mère a eu neuf grossesses : trois fausses couches, un mort-né, deux enfants morts l'un à 7 jours, l'autre à 14 jours de convulsions. Les trois enfants vivants ne sont pas vigoureux. La malade qui fut l'objet de l'étude est hypotrophique, on note chez elle une saillie prononcée des bosses frontales.

On décide d'appliquer un traitement anti-syphilitique qui amène immédiatement un soulagement notable. On continue en faisant un traitement mixte : Arsenobenzol et mercure, puis on ajoute de l'iodure de potassium. Au bout de quelques semaines les troubles gastriques ont complètement disparu. La malade a repris 9 kilogrammes.

Lehmann a publié une observation analogue dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique* :

Jeune fille de 22 ans se plaignant de troubles gastriques depuis quelques mois. Les douleurs sont devenues très violentes depuis quelques jours. Douleurs « en broche » s'exaspérant 2 à 3 heures après le repas. Il se produit des nausées et parfois un vomissement qui apaise la crise douloureuse. Pas d'hématemèse ni de méléna.

On applique le traitement classique de l'ulcère. Il n'y a pas d'amélioration. Une sœur de la malade présente une syphilis des os du nez qui amène à faire un traitement antisypilitique à notre malade. Dès la première série d'injections de sels de mercure l'amélioration se manifeste. Après la deuxième série tout symptôme gastrique a disparu.

Downes a publié deux observations analogues concernant une jeune fille et un jeune garçon âgés respectivement de 16 ans et de 14 ans. La symptomatologie est à peu près identique et les troubles disparurent sous l'effet du traitement.

Les signes de l'héredo-syphilis-gastrique tardive semblent donc d'après ces observations, se ramener au type de la dyspepsie à type hypéresthésique viscéral.

Mariano Castex dans un ouvrage paru ces derniers temps étudie lui aussi la syphilis gastrique tardive, il a, semble-t-il, surtout rencontré des formes ulcéreuses. Il rapporte en effet dans son livre une douzaine d'observations d'ulcères gastriques ou juxta-pyloriques et un certain nombre d'ulcères du duodenum qui pour lui, sont tous d'origine syphilitique. Nous signalerons les conclusions de son travail sans les faire nôtres :

La véritable étiologie de l'ulcère gastrique ou duodénal est la syphilis héréditaire (avant 30 ans 9 % des cas) ou la syphilis acquise. Dans la syphilis héréditaire l'ulcère est une manifestation tardive de l'infection. Le traitement anti-syphilitique précoce amène la guérison de l'ulcère. L'ulcère gastrique ou duodénal implique pour Castex l'infection syphilitique, au même titre que le tabes, la paralysie générale ou l'anévrisme de l'aorte.

Si la syphilis peut être retrouvée, soit par les stigmates, des accidents, les commémoratifs soit par la réaction de Bordet-Wassermann dans un certain nombre d'ulcères de l'estomac, il est téméraire de vouloir étendre autant le rôle de la syphilis dans l'étiologie de l'ulcère. Plusieurs des observations de Castex sont peu probantes, nous ne ferons que signaler l'absence de réactions hématologiques de la syphilis. D'autre part nous ne pouvons que faire toutes réserves, quand Castex indique comme facteurs contribuant à la formation de l'ulcère : les lésions syphilitiques des vaisseaux de la région duodénale et surtout l'hyposympathicotomie dû à l'insuffisance surrénale d'origine syphilitique. D'autres auteurs ont d'ailleurs invoqué l'hypertonie du vague dans les cas d'ulcère gastro-duodéal. Les proportions indiquées par d'autres auteurs dans l'étiologie syphilitique de l'ulcère seront indiquées quand nous aborderons l'étude de l'ulcère syphilitique. Il serait néanmoins intéressant d'être fixé sur la proportion des malades atteints d'ulcère gastrique et en même temps de syphilis, en étayant cette étude sur la recherche systématique des réactions sérologiques au besoin après réactivation.

LA SYPHILIS GASTRIQUE TERTIAIRE

Si dans la syphilis précoce l'estomac ne semble guère touché directement et si la syphilis héréditaire tardive réalise parfois des troubles dyspeptiques en rapport avec des lésions spécifiques indéniables, c'est surtout à la période tertiaire que le plus souvent les auteurs ont observé les formes de syphilis gastrique que nous devons surtout étudier.

Dans la thèse de Pater qui rassemble une centaine de cas, si nous écartons les observations se rapportant à des nouveau-nés ou des nourrissons hérédo-syphilitiques soit une quinzaine de cas, nous ne trouvons que quatre ou cinq observations où l'on peut parler de syphilis secondaire : (Késer, Mamuléa, Topinard-Baylac et Chamayou). Les autres observations ne parlent que de syphilis tertiaire. Les observations que nous rapportons n'envisagent guère elles aussi que la syphilis tertiaire, si nous en exceptons celles qui nous ont déjà occupé.

Nous rapporterons d'après plusieurs auteurs américains les caractères généraux de la syphilis tertiaire de l'estomac, pour ce qui concerne le temps qui s'écoule en moyenne entre l'infection et les accidents, la durée des troubles, gastriques, leur allure clinique. Downes et Le

Wald ont étudié 8 cas, Smithies 86 cas, Ensternann 23 cas.

D'abord en ce qui concerne le sexe, nous ne pensons pas que la syphilis touche plus spécialement l'estomac des femmes. Les anciennes statistiques étaient un peu faussées du fait de la thèse de Gouzot. Cet auteur rapporte surtout des cas féminins, parce qu'il a étudié les troubles dyspeptiques à la période secondaire dans un service de filles en traitement pour contamination récente. Les hommes sont aussi souvent touchés que les femmes et si nous nous en rapportons aux renseignements donnés par Smithies et Ensternann, ils le seraient même un peu plus souvent : 15 hommes et 11 femmes pour le premier de ces auteurs et 17 hommes pour 6 femmes pour le second. Peut-être cette légère différence serait-elle due à l'abus des boissons alcooliques plus fréquent dans le sexe masculin.

L'âge des malades est très variable. Downes donne comme âges extrêmes 22 et 63 ans, Ensternann : 20 et 57 ans, moyenne : 35 ans, Smithies 20 et 66 ans avec un maximum de fréquence entre 40 et 60 ans pour le sexe masculin et entre 50 et 60 pour le sexe féminin.

La date de la contamination, quand elle n'est pas passée inaperçue remonte au minimum à 4 ans et au maximum à 45 ans pour les cas de Smithies. Pour Ensternann c'est de 1 à 28 ans après le chancre que les troubles gastriques se sont manifestés avec une moyenne de 11 ans.

Ces auteurs ont noté aussi la durée des troubles gastri-

ques. Eustermann donne comme chiffres extrêmes 7 mois et 7 ans (moyenne 3 ans). Les chiffres de Smithies sont de 6 mois et 25 ans (moyenne 8 ans.)

Les cas récemment observés mentionnent presque tous la réaction de Bordet-Wassermann. Elle est positive d'une façon constante dans les 26 cas observés par Smithies. Eustermann ne la trouve positive que dans 17 cas sur 23, soit 74 %, cet auteur ajoute qu'une réaction négative ne doit pas faire écarter le diagnostic de syphilis gastrique, car pour les 6 cas où la réaction était négative, soit l'efficacité du traitement, soit des examens histologiques de pièces prélevées chirurgicalement ont montré la nature des lésions. La réaction était positive dans les 8 cas de Downes.

Pour ce qui est de la marche de l'affection, Eustermann a constaté dans 2 cas un début brusque. Dans 9 cas la marche était chronique, enfin dans 4 cas, il y eut des crises revenant à intervalles réguliers. Pour les autres cas, observés par cet auteur, il y eut des crises intermittentes d'abord, puis l'affection devenait chronique après une période de 10 mois en moyenne.

Ces auteurs donnent ensuite le pourcentage des cas dans lesquels ils ont noté la douleur, son siège, ses irradiations et sa durée, l'augmentation ou la sédation de la douleur suivant l'ingestion des aliments, le moment de l'apparition de la douleur. Ils donnent de même les pourcentages des cas avec ou sans vomissements, avec ou sans hématomésés et méloëna, l'appétit, l'amaigrissement, etc. Malheureusement, ces pourcentages ont moins

d'intérêt que s'ils étaient donnés en rapport avec les formes cliniques.

Le chimisme est variable et ne peut donner aucune indication.

Il en est autrement de l'examen radioscopique. C'est lui qui a permis de bien étudier les déformations de l'organe et les sténoses. Ce sont des examens radioscopiques en série qui permettent de mieux juger de l'efficacité en traitement et qui au critérium de la guérison clinique ajoutent en quelque sorte celui de la guérison anatomique. Les auteurs modernes joignent tous les résultats de l'examen radioscopique à leurs observations.

Eustermann donne la proportion de ses malades qui durent subir une intervention chirurgicale, les sténoses pyloriques ou médiogastriques ayant été insuffisamment améliorés par le traitement anti-syphilitique. Dix de ces vingt-trois malades ont été opérés. Parmi eux, trois ont été guéris, soit 13 %; cinq très améliorés (22 %). Ces malades ont reçu en outre un traitement anti-syphilitique. Deux autres malades n'ont pu être suivis. Parmi les malades ayant reçu le traitement médical seul (13 cas) deux ont été guéris (9 %); 8 ont été très améliorés 35 %; 2 n'ont été que peu améliorés. Le traitement n'a donné qu'une amélioration partielle dans les cas où les lésions étaient définitives et où le chirurgien n'a pas cru devoir intervenir.

Nous étudierons les formes de syphilis de l'estomac qui semblent se présenter le plus souvent, les formes à type dyspepsie banale, ou à forme de gastrite chronique,

l'ulcère syphilitique, les formes sténosantes et les formes de tumeur syphilitique.

Nous n'aborderons pas l'étude des crises gastriques du tabès, dont les symptômes font une entité clinique spéciale, nous nous contenterons d'indiquer que M. Castaigne dans un article paru en 1918 dans le *Journal médical français* signale qu'il a constaté chez des sujets porteurs d'ulcère gastrique syphilitique, des signes de tabes au début (abolition de reflexe achilléen, signe d'Argyll-Robertson, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien) et que l'on pouvait être amené à penser que l'ulcère gastrique syphilitique est parfois le premier stade de l'évolution du syndrome : crise gastrique du tabes.

DEUXIÈME PARTIE

FORME DE GASTRITE CHRONIQUE

Cette forme de syphilis stomacale est peut-être une des plus communes, c'est aussi la plus mal connue. Il s'agit le plus souvent de malades se plaignant de longue date de troubles dyspeptiques, résistant aux régimes habituellement prescrits et aux médications les plus variées. La syphilis est souvent méconnue et il arrive que l'apparition de symptômes d'une syphilis nerveuse ou d'une autre syphilis viscérale fasse prescrire un traitement spécifique. Les troubles gastriques disparaissent sous l'effet d'une médication qui ne leur était pas destinée. Nous pouvons citer l'observation publiée par M. Marcel Nathan dans les bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux (24 juin 1910).

Jeune femme 30 ans, consulte le 5 février 1908 pour des troubles gastriques, qui remontent à 8 ans environ (crises doulou-

reuses au creux épigastrique, sans irradiations précises, indépendantes des repas. Puis intolérance gastrique, la malade vomit tous les aliments; ne retenant qu'un peu de lait. Renvois acides. Les régimes n'améliorent pas la malade. Le diagnostic est alors de gastrite à forme probablement hyperchlorhydrique, pas de signes de tabes. Une cure d'eau de Vichy amène un peu de rémission.

Le 25 avril 1910 la malade revient consulter pour douleurs dans l'épaule gauche, la région deltoïdienne et l'aisselle. Les troubles gastriques persistent sans avoir été modifiés notablement par le régime et la médication.

Les douleurs envahissent bientôt tout le bras gauche, endolorissement avec paroxysme douloureux en éclairs. Sensations de fourmillement dans l'index et le médius.

Légère atrophie du deltoïde, du pectoral, des espaces interosseux (deuxième et troisième) on pense à une radiculite, diagnostic que confirme ponction lombaire (lymphocytose très marquée).

On commence une série d'injections de biiodure de Hg. On donne l'iodure à la base de 2 gr. par jour.

Au bout de 15 piqûres tous les phénomènes de radiculite ont disparu.

A la huitième piqûre, la malade reconnaît que les douleurs stomacales n'existent plus, elle peut manger tout ce qui lui plaît et les mets les plus indigestes sont supportés avec la plus grande facilité.

C'est de cette façon que souvent la syphilis gastrique est reconnue. Il n'y a pas de notion d'antécédents spécifiques, l'absence de stigmates même soigneusement recherchés rend le diagnostic vraiment impossible. Nous verrons au cours de cette étude qu'il en est fréquemment ainsi.

Hoover rapporte deux cas de gastrite avec hyperchlorhydrie où le retour à la santé se produisit après un traitement par l'iodure de potassium continué pendant six semaines.

Lenzmann rapporte un cas presque identique, une jeune femme 32 ans (infectée à l'âge de 17 ans) souffre de douleurs après le repas depuis un an et demi. On fait le traitement de l'ulcère sans aucun résultat.

Puis la malade vient à se plaindre de céphalées nocturnes violentes et tenaces. On lui donne du mercure et de l'iodure de potassium. La guérison se produit mais assez lentement.

Dans la thèse de Pater nous retrouvons des cas analogues, deux observations d'Andral, une de Trousseau, une de Domenici, une de Bartumens.

Au début les malades se plaignaient d'anorexie, d'une sensation de poids à l'épigastre, d'éruptions parfois acides, d'un état nauséux habituel qui peut s'accompagner de vomissements alimentaires.

La constipation est habituelle. Rien de spécial qui puisse faire penser qu'il y ait des signes particuliers. Il faudra toujours rechercher la syphilis avec le plus grand soin, chez les malades se plaignant de troubles gastriques; appliquer un traitement chez ceux qui en présenteront des stigmates. C'est à cette phase que le traitement a le plus de chances d'être très efficace.

Nous citerons l'observation d'un malade que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de notre maître le Docteur Florand à l'hôpital Lariboisière et

dont l'observation a été communiquée à la Société médicale des hôpitaux par M. Girault :

D..., âgé de 43 ans, entre le 21 janvier 1920. Vient à l'hôpital parce qu'il souffre de l'estomac et qu'il a des digestions difficiles. Le début remonte à 6 mois. Les douleurs surviennent trois ou quatre heures après le repas, plus vives dans la posi-

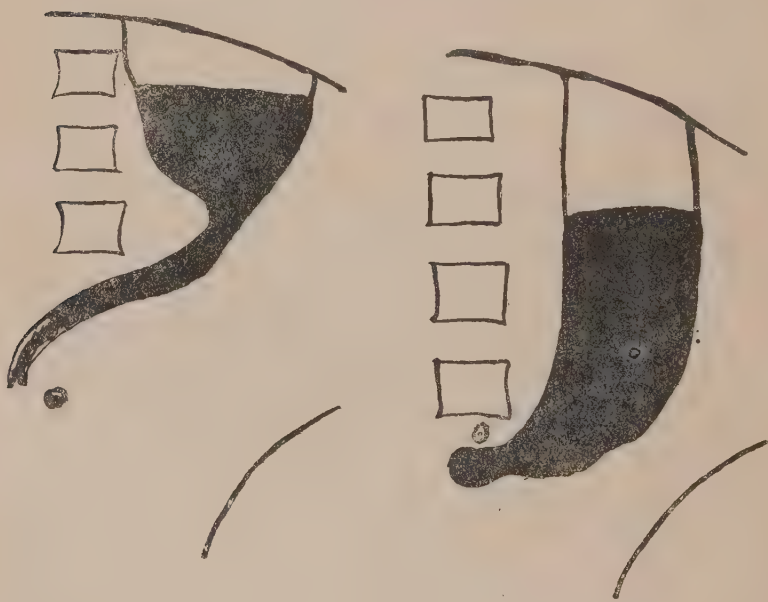


FIG. 1

tion couchée. Sensation de torsion dans le flanc gauche. Les vomissements alimentaires surviennent presque tous les jours amenant une sédation de la douleur, jamais d'hématémèses. Le malade a un dégoût prononcé pour la viande. Un médecin consulté prescrivit un régime composé de laitages, de purées et de poudres absorbantes. Les douleurs augmentant d'intensité

les vomissements persistant, sur le conseil de son médecin, le malade entra à l'hôpital.

Examen : Amaigrissement (5 kg. en l'espace de 6 mois). Pas de teinte particulière des téguments, légère circulation collatérale sous-ombilicale. A la pression on détermine un point douloureux à trois travers de doigts au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Le malade accuse un ganglion inguinal gauche à 18 ans, suivi d'une éruption sur tout le corps, qui a duré trois jours. Marié, n'a pas d'enfants. Réflexes oculaires normaux. Réflexes rotuliens vifs. Le Wassermann est négatif. On pratique un examen radioscopique le 28 janv. 1920. Dès l'ingestion du repas bismuthé, le pylore se laisse surprendre et le liquide opaque remplit immédiatement le duodénum. La colonne arrive de suite jusqu'au jéjunum. L'estomac très petit en entonnoir à gauche de la ligne médiane à un travers de main au dessus de l'ombilic. Pas de contractions visibles.

Malgré le Wassermann négatif, on décide de faire un traitement par injection de nov arsénobenzol. En un mois, le malade reçoit 0,30 cg. puis 0,45 cg. 0,55 cg. 0,60 cg.

Dès ce moment les vomissements ont cessé, l'amélioration est très nette, le malade a repris du poids.

On fait un nouvel examen radioscopique le 8 mars : La même quantité de liquide amène le fond de l'estomac sur la ligne bi-iliaque, les contractions sont normales. Le pylore fonctionne normalement.

Il semble bien que nous ayons eu affaire à une infiltration syphilitique diffuse, il ne semble pas qu'il y ait eu un degré quelconque de contracture; le pylore était largement perméable, béant. Ces infiltrations aboutissent à une véritable hyperplasie fibreuse avec épaissement de la paroi, déformations qui aboutissent à ce que

M. Leven a appelé le « petit estomac syphilitique ». C'est une modalité qui est notée dans les examens radioscopiques d'estomacs syphilitiques avec une fréquence extrême. Dans le cas que nous avons observé le traitement a été efficace, quand les lésions sont plus anciennes, le traitement reste sans effet. Cette rétraction de l'organe n'est pas toujours isolée. Elle peut se combiner à d'autres déformations, sténose pylorique, sténose médiogastrique et dans quelques cas que nous citerons plus loin, au cours d'interventions chirurgicales rendues nécessaires par ces déformations anciennes, rebelles au traitement spécifique, l'opérateur éprouve souvent de grandes difficultés à trouver la place pour une gastro-entérostomie. Nous résumerons l'observation du malade au sujet duquel M. Leven a décrit « le petit estomac syphilitique »

Observation Leven. — *Bulletin et mémoire de la Société de Radiologie* 1911.

Malade âgé de 47 ans traité pour lithiase biliaire.

Depuis 3 ans le malade a des crises douloureuses épigastriques sans vomissements, ces crises sont plus marquées la nuit.

Il fait une cure à Vichy sans aucune amélioration. On pense à faire une intervention chirurgicale. L'examen radioscopique montre un certain degré de sténose pylorique organique ou spasmodique (?). Quelques semaines d'un traitement médical bien suivi n'amènent aucune amélioration. Un deuxième examen radioscopique ne montre pas de changement appréciable. Les douleurs sont devenues intolérables. Le malade a contracté un chancre à l'âge de 22 ans. La réact. de Wassermann est positive. On prescrit un traitement iodo-mercuriel.

La guérison fonctionnelle est acquise très rapidement. L'exa-

men radioscopique permet de conclure à une guérison anatomique. Néanmoins la rétraction de l'organe entier paraît réalisée. Il n'y a pas de dilatation rétro-pylorique. L'auteur pense qu'il s'agit d'une sclérose diffuse, véritable limite gastrique syphilitique.

L'observation précédente note une obstruction pylorique soit spasmodique, soit organique, alors que dans l'observation que nous avons rapportée le pylore était perméable. Dans trois cas examinés à la radioscopie par Downes et Le Wald ces auteurs ont constaté eux aussi une diminution très notable du volume de l'organe. La portion pylorique était-elle infiltrée, il est possible, mais l'estomac se vidait d'une façon extrêmement rapide.

La rétraction de l'estomac, son petit volume semblent être la marque de cette forme de syphilis gastrique; nous avons pourtant relevé une observation d'Einhorn au sujet d'un type de gastrique chronique où l'on trouvait une dilatation de l'estomac.

Observation Einhorn, (résumée), *Médical Record*. 1915. — Homme de 35 ans, atteint en même temps de syphilis-nerveuse, souffre de vomissements depuis deux ans; a perdu 40 livres. Réact. de Wassermann positive.

L'examen radioscopique montre (bien que le pylore soit perméable) une dilatation de l'estomac. Le traitement par le mercure et l'iodure de potassium amène la guérison octobre 1913. Cette guérison se maintenait en mars 1915.

Il n'y a donc pas un type clinique spécial, à caractères bien individualisés de gastrite syphilitique. Le plus

fréquemment observé est cependant celui où il y a rétraction de l'organe, avec ou sans spasme du pylore suivant que l'infiltration a plus ou moins envahi cette portion de l'estomac.

Nous envisagerons maintenant la forme dyspeptique banale, dont nous avons eu la chance d'observer un cas à la consultation des maladies du tube digestif, Dr. Girault (service de M. le docteur Florand, Hôpital Lariboisière.)

Cette forme de dyspepsie syphilitique ne présente pas malheureusement non plus de caractères spéciaux bien constants. La douleur viscérale est le symptôme capital. Dès le matin le malade éprouve une sensation pénible dans la région épigastrique, cette sensation cesse après le petit déjeuner, mais la douleur reparait bientôt, persiste et augmente jusqu'au repas de midi. De nouveau les douleurs sont calmées, puis elles reparaisent très pénibles pour être calmées par le dîner. Ces douleurs sont quelquefois calmées ou atténuées par le repos dans sa position couchée et l'ingestion des alcalins. Les écarts de régime, les aliments acides ou irritants, les boissons alcooliques, l'exaspèrent. L'intensité de la douleur est variable, certains malades se plaignent simplement de douleurs d'estomac, d'autres ont des douleurs vives parfois intolérables. Les vomissements restent rares. Il y a parfois du pyrosis, quelquefois des éructations. Les malades se plaignent aussi de bouffées de chaleur au visage, certains ont même des maux de tête. L'appétit est souvent diminué. Les malades sont constipés, ont parfois des crises de diarrhée.

C'est le tableau d'une dyspepsie hyperesthésique muqueuse qui dans nombre de cas, correspond assez bien à la forme hyperchlorhydrique, sans qu'il y ait vraiment hyperacidité.

Smithies a relevé 14 cas de dyspepsie syphilitique, présentant à peu près ces caractères. Ces malades se plaignaient de douleurs vagues, de brûlures, siégeant au creux épigastrique. Ces douleurs survenaient irrégulièrement, étaient calmées par l'ingestion de la nourriture et par les alcalins. L'appétit était très souvent diminué. La constipation était la règle, il y avait souvent des alternatives de constipation et de diarrhée.

M. Pron a publié dans le *Bulletin thérapeutique* 1917 deux cas qu'il a observés :

I^{re} Observation Pron. 1913. — Homme de 57 ans, syphilis un an auparavant. Inappétence, brûlures, crises douloureuses résistant au régime et au traitement anti-dyspeptique.

Traitement par injections d'huile grise et d'huile iodée. Amélioration rapide et persistante. Guérison maintenue par le traitement anti-syphilitique.

Le malade revu un an après est en bonne santé.

II^e Observation Pron. 1908. — Homme de 34 ans. Souffre de l'estomac depuis trois ans, gêne le matin à jeun. Douleur épigastrique nette. En position couchée le bas fond est à l'ombilic.

On fait le traitement habituel de l'hyperchlorhydrie.

Puis le malade fait une crise d'amaurose, a des céphalées, des sensations électriques dans les jambes. Il reconnaît avoir eu la syphilis à l'âge de 20 ans. On institue le traitement anti-syphilitique. Le malade a rapidement une amélioration des troubles

gastriques. Jusqu'en 1913 on fait deux séries d'huile grise par an. Le malade bien qu'amélioré souffre toujours de l'estomac. Il a quelque temps après une ulcération syphilitique de la muqueuse nasale. On lui fait faire une cure de benzo-iodhydrine qui guérit le nez et fait disparaître complètement du même coup les troubles gastriques. De 65 kgs, le malade passe à 70 kgs.

La guérison s'est maintenue, mais il a fallu compléter le traitement mercuriel par la médication iodurée.

Nous ne pensons pas que le type de la dyspepsie syphilitique soit toujours du type hyperchlorhydrique, l'hyperacidité est loin d'être constatée dans toutes les observations. Le cas du malade que nous avons observé à Lariboisière est plutôt un type de forme légère de dyspepsie, c'est-à-dire celle dans laquelle on observe seulement des troubles sensitivo-moteurs (*Mathieu*), bien que, nous le verrons, il y ait eu radiologiquement une altération organique manifeste.

P. âgé de 47 ans vient consulter le 17 juillet 1919. Il se plaint de ne pouvoir digérer. Le début remonte à 1915 pendant la campagne. Le malade a une sensation de pesanteur abdominale, avec ballonnement du ventre survenant après le repas et durant toute l'après-midi. Après le repas du soir la gêne est un peu moins marquée. Il n'y a jamais eu de vomissement. Marié depuis 11 ans n'a jamais eu d'enfants. Chancre syphilitique à l'âge de 24 ans, n'a jamais suivi de traitement. Les pupilles sont punctiformes et déformées, ne réagissant pas à la lumière. Langue fissurée avec plaques de leucoplasie sur les bords. Réflexes rotuliens vifs; achilléens normaux. On ne détermine aucune douleur dans la région gastrique. Pas de liquide à jeun. Rien à signaler au foie, ni au cœur. La réaction de Wassermann est positive.

1^{re} *Radioscopie*, 21 juillet 1919. Estomac normal à première vue. Au niveau de la poche à air, dans la plage claire, au-dessus du liquide opaque, il reste très apparentes trois petites taches noires (*Voir fig. 2*) qui se foncent davantage lorsqu'on fait remonter le liquide et qu'on le laisse retomber. (*Rad. Dr. Harel.*)



FIG. 2.

Traitement. Le malade reçoit le traitement anti-syphilitique sans changement de régime.

2^e *Radioscopie*, 15 sept. 1919. Les plages bismuthées existent encore mais sont très réduites de proportions, l'une d'entre elles a disparu.

Il s'agissait dans ce cas d'une altération syphilitique de l'estomac. S'agit-il de gommés ulcérées? Cette hypothèse

se paraît vraisemblable, le reflux du liquide bismuthé augmentait l'opacité des petites taches.

La disparition d'une des taches, la diminution des deux autres sous l'influence du traitement anti-syphilitique permettent de conclure qu'il s'agit bien là de lésions spécifiques d'autant plus que les douleurs se sont montrées très diminuées et que l'amélioration du fonctionnement gastrique fut considérable.

La radioscopie a donc permis de saisir sur le vif les lésions syphilitiques qui peuvent donner naissance à un syndrome de dyspepsie. Pouvons-nous en conclure que dans tous les cas, il s'agit d'un même processus, nous ne le croyons pas. Il y a sans doute souvent aussi des lésions d'infiltration et de sclérose pouvant donner les mêmes symptômes chimiques. Ce n'est que par des examens radioscopiques en série que l'on pourra arriver à observer des cas analogues ou à reconnaître d'autres aspects radiologiques permettant de mieux connaître ces cas de dyspepsies syphilitiques.

L'ULCÈRE SYPHILITIQUE

D'après les observations les plus anciennes, l'ulcère syphilitique est la forme de syphilis stomacale la plus souvent reconnue. Il existe les observations classiques de Fournier et de Dieulafoy ayant trait à des ulcères avec hématoméses abondantes et répétées chez des syphilitiques avérés. Les cas de Fournier se rapportent à des malades, qu'il avait déjà soignés pour un rupia syphilitique. L'un des malades ayant eu des hématoméses 10 ans et 17 ans après la contamination. L'observation que Dieulafoy rapporte dans son *Manuel de Pathologie interne* mentionne des hématoméses deux ans seulement après la contamination.

Ces observations ont rapport à des ulcères syphilitiques. D'autres faits cliniques où le contrôle histologique après nécropsie a été appliqué montrent l'existence indiscutable des ulcérations syphilitiques de l'estomac. Ces ulcérations sont le plus souvent le résultat de la nécrose d'une formation gommeuse. Il peut y avoir plusieurs ulcérations, ou coexistence de gommes saillantes non ulcérées et d'ulcérations.

Les dimensions de ces ulcérations varient du diamètre de quelques millimètres à celui de plusieurs centimètres.

Elles sont quelquefois profondes et ont pu en certains cas amener la perforation de l'estomac.

Nous avons vu que certains auteurs, (Mariano Castex *Sifilis hereditaria tardia*) n'hésitent pas à dire que la véritable étiologie de l'ulcère gastro-duodéal est la syphilis héréditaire ou acquise. Il est cependant évident que cette cause unique ne peut répondre de tous les cas d'ulcères. Il serait très intéressant de savoir dans quelle proportion on peut incriminer la syphilis dans l'étiologie de l'ulcère d'estomac.

Engel et Lang cités dans le *Traité des maladies de l'estomac* de Soupault admettent que ce processus est fréquent. Neumann cité dans le même ouvrage l'estime à 10 p. 100.

Castaigne ayant constaté la fréquence du syndrome dû à l'évolution des ulcérations gastriques au cours de la guerre, a recherché parmi les soldats évacués des armées avec le diagnostic d'ulcus gastrique quels étaient ceux qui présentaient simplement de l'hyperchlorhydrie due à une alimentation trop carnée et quel étaient ceux qui avaient de véritables ulcérations gastriques. (Examen clinique, épreuves radiologiques, recherche de la réaction de Weber etc.).

Chez 40 malades appartenant à ce dernier groupe il a recherché systématiquement la syphilis. Dans 8 cas il a retrouvé la réaction de Wassermann positive, parmi ces 8 malades, 5 avaient des antécédents syphilitiques nets et 4 furent guéris par l'association du traitement mercuriel à la thérapeutique symptomatique qui à elle

seule était restée insuffisante. Il est intéressant de noter que parmi ces syphilitiques qui présentèrent des signes d'ulcus gastrique, 3 malades avaient des signes de tabes au début (Abolition du R. achilléen. S. d'Argyll Robertson, lymphocytose du liquide céphalo-rachidien), mais ces trois malades n'avaient nullement les signes classiques des crises gastriques du tabes. Castaigne concluait que : 1^o dans certains cas, dont la proportion, sans doute faible, est difficile à fixer, le syndrome d'ulcère gastrique est dû à l'évolution d'une syphilis gastrique; 2^o que l'ulcère gastrique syphilitique est parfois le premier stade de l'évolution de syndrome crise gastrique du tabes; 3^o que l'ulcère gastrique syphilitique est sans doute le premier stade de la sténose médio-gastrique que l'on rencontre au cours de la syphilis tertiaire.

Nous ne voulons pas citer les observations d'ulcus gastrique spécifique déjà rapportées dans la thèse de Pater. Les observations classiques de Dieulafoy, de Fournier, de Dujardin-Beaumetz sont connues et citées dans les ouvrages classiques. Nous allons passer en revue quelques observations publiées par différents auteurs français ou étrangers en essayant de dégager ce que chacune d'elle peut avoir de particulier ou les rapports qu'elles peuvent présenter avec les observations déjà connues.

Nous allons d'abord passer en revue un certain nombre d'observations ayant un caractère commun, observations se rapportant à des ulcérations latentes se traduisant brusquement en pleine santé apparente par des hématomèses quelquefois très abondantes. Ces observations

ressemblent à celle que Fournier communiquait à l'Académie de médecine le 18 janvier 1898.

« Il y a une trentaine d'années je soignais une belle fille atteinte d'un rupia syphilitique du dos; elle guérit rapidement. Au bout de 10 ans, elle me fit demander, et je la trouvai moribonde; à côté d'elle était une cuvette pleine de sang; depuis quelque temps, elle vomissait le sang malgré toute la thérapeutique usitée en pareil cas. Je prescrivis l'iodure de potassium; il se produisit un véritable coup de théâtre. La guérison fut rapide. Six à sept ans après, je vis entrer dans mon cabinet un véritable spectre, c'était cette femme. Elle arrivait d'Italie où elle avait été reprise d'hématémèses. Elle avait réclamé de l'iodure de potassium que les médecins n'avaient pas voulu lui administrer. Je l'ai prescrit et j'ai assisté à une véritable résurrection. »

Dans ce cas, les signes de douleurs à l'épigastre ne sont pas signalés. C'est tout à coup sans prodromes que se produisent ces hématémèses formidables mettant presque immédiatement la vie du patient en danger; puis sous l'influence du traitement, tout rentre dans l'ordre, quand un grand nombre d'années après le même symptôme se reproduit sans que dans l'intervalle le malade ait souffert de l'estomac d'une façon quelconque. Une seconde observation de Fournier est toute semblable à celle que nous avons brièvement résumée plus haut.

MM. Bensaude et Rivet ont publié un cas, observé par M. Léopold Lévi où l'hématémèse n'avait été non plus précédée d'aucun trouble gastrique :

Femme de 35 ans dont le mari est atteint de tabes fruste; elle même a dans son passé, une fausse-couche et des troubles visuels

ayant cédé au mercure. En janvier 1916, *en pleine santé apparente*, elle est prise de violentes hématomèses suivies de mélanose. Le diagnostic de syphilis gastrique est porté et confirmé par les professeurs Hayem et Gilbert et le Dr. Darier. La réaction de Wassermann est fortement positive. On observe une amélioration rapide par l'hectine; et, à la suite d'un traitement mercuriel et d'une cure à Luchon, la guérison est complète et définitive : aucun trouble gastrique n'est réapparu depuis.

C'est encore dans cette catégorie de sujets syphilitiques n'ayant jamais eu d'antécédents gastriques que nous pouvons ranger l'observation suivante publiée par M. Louis Ramond dans le *Progrès Medical* le 4 janvier 1920 :

Femme âgée de 46 ans. tout à fait bien portante, ayant déjeuné de fort bon appétit, se sent soudain au cours d'une promenade un peu mal à l'aise, elle a une demi-syncope et après une nausée vomit deux ou trois gros caillots de sang rouge. L'hématémèse ne se reproduit pas mais les forces diminuent sans qu'il y ait de douleurs. Elle présente la pâleur des grandes anémies. Pas de douleur, pas de nausées ni de vomissements. Le ventre est souple et non douloureux à la palpation. Cette malade reconnaît avoir eu il y a 14 ans, au cours d'une très belle santé apparente une hématomèse abondante, assez accentuée pour que la malade entre à l'hôpital et reçoive de copieuses injections de sérum artificiel. Pas de troubles dyspeptiques consécutifs elle peut rapidement reprendre son travail.

La malade présente seulement comme stigmates d'une syphilis contractée à l'âge de 21 ans et suivie d'accidents secondaires, au niveau du dos des cicatrices blanchâtres, arrondies, arciformes quelques-unes chéloïdiennes vestiges d'une éruption ulcéro-crustacée guérie après une seule injection de sel insoluble de mercure.

Parmi les six cas rapportés par Clark dans le *Brazil Medical*, on trouve deux observations où l'ulcère gastrique a été révélé par des hémorragies graves.

Kirsch rapporte une observation où cette hémorragie a été assez abondante et où la mort survint rapidement. Il s'agissait d'un homme de 48 ans qui présentait des signes d'insuffisance aortique. Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, il avait eu des vomissements répétés de sang, sans se plaindre de l'estomac. On pense tout d'abord à une hémorragie par érosion d'un athérome d'une artère gastrique. L'autopsie montra des gommes multiples le long de la petite courbure. Deux de ces gommes étaient ulcérées, on voyait un troisième petit ulcère près du cardia. La muqueuse était infiltrée. L'œsophage avait un aspect leucoplasique au niveau du cardia. La sous-muqueuse était épaissie et l'infiltration s'étendait à la musculuse.

Dans la plupart de ces observations, l'absence de troubles gastriques antérieurs, la soudaineté de l'hématémèse, son abondance, rappellent l'exulceratio simplex de Dieulafoy. Mais dans cette dernière affection, quand l'exulcération est guérie, la malade n'a jamais plus d'hémorragies, tandis que dans l'ulcère syphilitique, les hématémèses se renouvellent, récidivent à des années et même des dizaines d'années d'intervalle.

Il paraît permis dans tous ces cas, d'écarter le diagnostic d'ulcérations aiguës, dont un des caractères les plus curieux est l'évolution silencieuse dans la majorité des cas. Mais qu'il s'agisse de processus ulcéreux au cours

d'une septicémie, ou au cours d'une toxhémie, qu'il s'agisse d'une embolie septique dans une artériole de l'estomac, ou d'une infection directe de la muqueuse gastrique, les auteurs qui ont rapporté les observations déjà citées, n'auraient pas manqué de le signaler.

Il s'en faut de beaucoup et nous nous empressons de l'ajouter, que ces caractères cliniques soient constants et nous allons voir que très souvent, comme dans l'ulcère rond de Cruveilhier, l'hémorragie est précédée de troubles gastriques durant depuis plus ou moins longtemps.

Pour ces formes qui ne sont pas hémorragiques d'emblée, existe-t-il quelques variantes entre le tableau clinique de l'ulcère syphilitique et celui de l'ulcère simple ?

L'ulcère simple avant l'hémorragie se présente toujours avec son syndrome sensitif, moteur et sécrétoire. La douleur, le signe le plus marquant, siège à la région épigastrique, s'irradiant dans le dos, quelques malades se plaignant de brûlures, d'autres ont la sensation d'être « rongés » ou portent la classique « douleur en broche ». Cette douleur exagérée par l'ingestion des aliments acides et des boissons alcooliques, apparaît surtout très peu de temps après le repas et présente des paroxysmes. Entre les crises paroxystiques, elle se produit plus tardivement. 2 à 3 heures après le repas et se trouve calmée par l'ingestion d'un peu de nourriture.

Dans les observations que nous rapportons ou que nous résumons plus loin la douleur est constante, mais est quelquefois indépendante des repas. Plusieurs auteurs notent une exacerbation nocturne, ce caractère a été

indiqué pour l'ulcère simple, mais doit toujours attirer l'attention du côté de la syphilis.

Les vomissements sont des vomissements alimentaires, ils coïncident habituellement avec une crise douloureuse et mettent fin au paroxysme. Nous verrons plus loin que dans un cas ils manquaient dans la syphilis gastrique.

L'examen du suc gastrique dans l'ulcère simple montre en général la présence d'acide chlorhydrique libre en excès. Dans plusieurs observations de syphilis stomacale nous avons relevé l'absence d'acide chlorhydrique libre et la présence d'acides en fermentation, ce qui est signalé, il est vrai dans les vieux ulcères simples.

Quoi qu'il en soit il est fréquent de noter dans ces formes, des anomalies dans les symptômes et souvent les auteurs signalent sans précision : « passé gastrique pouvant faire penser à un ulcère gastrique ». Nous n'avons pu retrouver d'observation mentionnant le présence d'un syndrome de Reichmann sur un estomac syphilitique. Il ne semble pas impossible qu'un ulcère syphilitique juxta-pylorique puisse produire un syndrome de gastro-succhorée, mais les auteurs ne signalent pas de cas où l'on a pu observer la présence dans l'estomac à jeun, d'une quantité plus ou moins considérable de suc gastrique pur ou renfermant une faible quantité de matières alimentaires, en dehors de la sténose du pylore.

Les hémorragies sont constantes ou presque; dans toutes les observations que nous citons il y eut des hématomèses. Seule l'observation de Mac-Neill que nous reproduisons plus loin, note l'absence d'hématémèse

mais l'examen des fèces montre l'existence d'hémorragies occultes.

Il en est probablement de même dans nombre de cas d'ulcérations ayant abouti tardivement à des déformations cicatricielles de l'organe.

Parmi les six observations de Clark, il en est deux où les hémorragies avaient été précédées par de violentes douleurs gastriques, dans une autre observation citée par le même auteur le malade avait eu un long passé gastrique entrecoupé d'hémorragies plus ou moins abondantes. La nature syphilitique de l'affection ne fut du reste reconnue que tardivement. Dans tous les autres cas cités par Clark le traitement anti-syphilitique amena la guérison qui se maintenait au bout de trois ans d'observation.

Les troubles gastriques peuvent dater de très loin c'est ce que l'on voit dans une observation de Douglas.

Homme de 65 ans souffrant de l'estomac depuis l'âge de 30 ans et dont les crises douloureuses avaient une beaucoup plus grande intensité depuis 9 ans. Ces crises sont indépendantes des repas. La douleur est assez aiguë pour empêcher le sommeil. toujours plus vive quand l'estomac est vide. Les vomissements sont fréquents, il y a eu des hémorragies abondantes (parfois jusqu'à un litre) Amaigrissement marqué, aspect cachectique.

La radioscopie montre un « défaut de remplissage » au niveau de la petite courbure, un liquide résiduel abondant.

Le suc gastrique ne contient pas d'acide chlorhydrique mais de l'acide lactique. La réaction de Bordet-Wassermann est positive. Le traitement est exécuté avec du salvarsan et du mercure pendant 24 jours. La douleur n'a pas diminué, en raison de

l'âge du malade et de la possibilité du développement d'un cancer sur un ulcère-syphilitique on décide une intervention chirurgicale qui montre deux petites ulcères de un centimètre de diamètre environ situés près du pylore sur la paroi antérieure de l'estomac près de la petite courbure, entourés d'une zone indurée. *Pylorectomy. Billroth N° 2.*

L'examen histologique conclut à un ulcère syphilitique. Convalescence sans incidents. Six mois après l'intervention le malade a engraisé de 41 livres, il n'y a plus aucun signe gastrique.

Cette observation prouve aussi que le traitement anti-syphilitique se montre moins efficace quand l'affection est très ancienne. C'est ce que nous verrons sous une autre forme d'estomac syphilitique où le plus souvent le traitement spécifique n'a qu'une faible action. L'ulcère syphilitique est néanmoins la forme sur laquelle le traitement a le plus de prise.

Observation Copelli. *Giorn. ital. de Mal. Ver.* — Homme de 46ans, a contracté la syphilis à l'âge de 30 ans. Souffre de troubles gastriques depuis un an. Tous les traitements mis en œuvre ont été inefficaces. A déjà été soigné pour une gomme rétro-oculaire qui disparut en un mois avec 0,40 cg. de calomel intramusculaire. L'estomac ayant été amélioré en même temps, ne continue pas le traitement. Quelques mois après, son état s'aggrave brusquement. Il y a eu plusieurs hématomés, l'une d'entre elles de un demi-litre environ. Le malade est amaigri, très anémié. L'examen du suc gastrique montre l'absence d'acide chlorhydrique, la présence d'acides de fermentation.

Un traitement par frictions mercurielles amène la guérison complète en deux mois.

Cet auteur a publié en même temps une autre observation d'ulcus gastrique chez une jeune femme de 26 ans, guéri par le traitement anti-syphilitique.

Ces observations sont à rapprocher d'un cas publié par Lenzman : (Douleurs après le repas. Hémorragies fréquentes. Le traitement classique de l'ulcère n'amène pas d'amélioration. La malade âgée de 32 ans a été contaminée à l'âge de 17 ans, elle se plaint en outre de violentes céphalées nocturnes. Le traitement amène lentement la guérison.

Nous citerons encore l'observation suivante où le diagnostic ne put être fait que sur la table d'autopsie.

Observation Pappenheimer. *Proc. New-York, Path Society*, 1906. — Homme de 32 ans, souffrant depuis 5 à 6 mois de troubles mal caractérisés pouvant cependant faire penser à un ulcère gastrique chronique. Cet homme n'avait pourtant jamais vomi jusqu'au jour de son admission au Bellevue-Hospital, admission déterminée par une hématomèse excessivement abondante qui entraîna la mort.

L'autopsie montre un estomac plutôt petit, contenant un caillot de sang rouge de la grosseur d'une orange. La muqueuse sur la paroi postérieure près de la petite courbure était creusée d'un ulcère, étendu, serpigneux occupant une étendue de 5 centimètres sur 6 cm., environ. Les bords en sont sinueux, irréguliers, non indurés. Le fond est constitué par la sous-muqueuse. A 2 cm. du cardia on aperçoit 2 vaisseaux ulcérés. A 3 cm. du pylore un autre ulcère irrégulier de 2 cm. de diamètre ayant les mêmes caractères que celui décrit précédemment. La portion qui sépare le pylore de l'ulcère est épaissie (un bon demi-centimètre). Le foie portait des lésions typiques de syphilis tertiaire. Les ganglions étaient augmentés de volume.

Citons encore l'observation publiée par MM. Bensaude et Rivet dans la *Presse médicale* où les hématomésos. se sont manifestées d'une façon intermittente.

Homme de 70 ans, syphilitique depuis l'âge de 24 ans qui de 1909 à 1913 a présenté des signes d'ulcère gastrique. Douleurs, intolérance gastrique, hématomésos, ces signes se manifestant à plusieurs reprises et irrégulièrement. Chaque rechute céda facilement au traitement mercuriel. Depuis 1913 la guérison semble complète et en dépit de son âge cet homme est actuellement en excellente santé. (octobre 1919.)

Dans toutes ces observations on peut noter que avant l'hématomése, les signes gastriques sont assez « flous », rarement ils sont nettement ceux de l'ulcère. Nous le constatons encore une fois dans l'observation suivante que M. Henri Lemaire a eu l'obligeance de nous communiquer.

Homme âgé de 51 ans. Chancre à 18 ans. Pas d'accidents secondaires importants. Traitement hydrargyrique très irrégulier pendant à peine deux ans. S'est marié à 27 ans, a eu quatre enfants : le premier né avant terme, convulsions pendant la première enfance, à la suite de la dernière à l'âge de 5 ans : paralysie spasmodique (hémiplegie gauche) à 8 ans hémorragie gastrique foudroyante ayant entraîné la mort. Le deuxième rétrécissement mitral pur. Infantilisme (type Lorain). Le troisième est normal. Le quatrième, goitre exophtalmique fruste à la puberté. Dysménorrhée et aménorrhée prolongée avec tachycardie et instabilité cardiaque accentuée. Tremblement.

Notre malade a eu depuis l'âge de 30 ans, de fréquentes douleurs épigastriques post prandiales pour lesquelles il s'est irrégulièrement traité.

gulièrement soigné. A l'âge de 41 ans, au cours d'un voyage de New-York à San-Francisco, hématomose d'allure foudroyante au cours de laquelle on craint pour la vie du malade. Ramené et soigné à New-York on fait le diagnostic d'ulcus gastrique dont on soupçonne la nature spécifique. La réaction de Wassermann est douteuse. En quittant la clinique le malade rentre en France et ne fait pas de traitement spécifique. Durant la guerre, de 1914 à 1916, fait campagne dans une formation territoriale, puis est réformé pour ulcus gastrique. (Pesanteur gastrique post-prandiale, point douloureux fixe au point épigastrique avec point dorso-vertébral correspondant. Sensations de constriction thoracique, malaises vertiges.) Aucun signe de stase. Vomissements très rares.

Le 1er mai 1919 hématomose d'allure foudroyante qui impose une intervention d'urgence. On trouve deux petits ulcères l'un de la dimension d'une lentille, l'autre ayant celle d'une pièce de 50 cm., distants de 2 cm., et siégeant sur la face antérieure de l'estomac près de la grande courbure. La paroi n'est pas épaissie. Hémorragie en nappe. Enfouissement des deux ulcères sans résection ni gastro-entérostomie. Suites opératoires normales. Guérison.

Un examen complet à la convalescence montre une bradycardie sinusale (50 puls. en moyenne) de l'hypotension (7-11. Pachon une vaginalite avec hydrocèle. La réaction de Wassermann est très positive. On fait un traitement anti-syphilitique (arsenic et mercure). L'amélioration se fait progressivement. Les signes gastriques disparaissent, la bradycardie disparaît aussi (72 pulsations). Il subsiste une constriction thoracique et les douleurs au niveau des hypochondres droit et gauche. Le docteur Enriquet est consulté, on pense à une périviscérite et l'on décide de pratiquer la radioscopie qui montre que l'estomac s'évacue bien, qu'il n'y a pas de stase, que l'estomac est hypertonique, que le segment pylorique est très à droite, en rapport immédiat et permanent avec l'angle colique droit. Il y a de la sensibilité à

la pression dans la région cœliaque. L'ombre hépatique est déformée ayant une ligne supérieure nettement ondulée. L'examen des selles montre l'absence de sang. (Meyer, Weber, Pyramidon). L'examen du sang montre une leucopénie, avec éosinophilie et mononucléose très légère. On conclut à l'existence d'adhérences gastro-coliques et de périhépatite. Processus inflammatoire chronique s'accompagnant de leucopénie avec éosinophilie.

Depuis cette époque (mars 1920) le malade a continué le traitement spécifique, il suit un régime de purées, pâtes, compotes, potages épais; il a engraisé, les douleurs ont diminué. Le Wassermann était négatif en juin 1920. Des examens des fèces en série n'ont montré qu'une seule fois la présence du sang.

Pour terminer, nous citerons une observation, où bien qu'il s'agisse d'un ulcère, il n'y eut jamais d'hématémèse.

Observation Mac-Neill. — Homme 50 ans. Douleurs stomacales après le repas. Le malade nie la syphilis, sa femme a eu plusieurs fausses couches. L'affection remonte à 3 mois. Douleur marquée, à l'épigastre apparaissant régulièrement une 1/2 heure à une heure après les repas, variable comme intensité. Les mets acides augmentent la douleur. Amaigrissement marqué (10 kilos environ).

A l'examen, douleur à la pression au niveau de l'épigastre, un peu à droite de la ligne médiane. La réaction de Bordet-Wassermann est fortement positive. L'examen du suc gastrique montre l'absence d'acide chlorhydrique libre, la présence d'acide lactique. L'examen des fèces montre l'existence d'hémorragies occultes. On fait un traitement anti-syphilitique pendant deux semaines. Il n'y a pas d'amélioration. Craignant une tumeur maligne, on décide une intervention chirurgicale.

On trouve un épaississement annulaire de la portion pylorique.

Les ganglions sont envahis de même que les ganglions mésentériques. On pratique une résection du pylore. Ulcère à bords irréguliers, la sous-muqueuse paraît intéressée. L'examen histologique montre une dégénérescence de la sous muqueuse atteignant la muqueuse. Les artérioles sont le siège d'endartérite et de périartérite. Les tissus infiltrés ne sont constitués que par du tissu conjonctif. Les ganglions ne montrent qu'une simple hyperplasie. Après l'intervention le malade reçoit une cure de Salvarsan et une cure mercurielle. La guérison se maintenait au bout de 8 mois d'observation.

Les hématomésos qui se montrent si fréquentes dans les observations que nous avons rapportées peuvent manquer comme on le voit dans le cas observé par Mac-Neill. Il apparaît comme très vraisemblable que nombre de formes ulcéreuses de nature syphilitique évoluent sans jamais donner lieu à des hématomésos. La recherche du sang dans les fèces par les méthodes modernes montrerait sans doute que les hémorragies occultes sont fréquentes dans les formes de dyspepsie de type hyperchlorhydrique que nous avons déjà étudiées. Il apparaît comme tout à fait vraisemblable que les formes donnant lieu tardivement à des déformations cicatricielles, avec sténose pylorique ou sténose médiogastrique ont débuté par une phase ulcéreuse.

Nous avons noté en passant que dans quelques cas, rares, il est vrai, le traitement se montre inefficace, ou que l'amélioration avait été lente à se manifester. Il semble que plus on s'éloigne de la date du début des accidents, moins le traitement anti-syphilitique amène ces résultats rapides et heureux qui sont signalés le plus souvent dans la syphilis stomacale.

FORMES STÉNOSANTES

Les formes sténosantes semblent avoir été moins fréquentes ou plutôt moins bien connues avant l'emploi de l'examen radioscopique. Nous relevons dans la thèse de Pater six cas contrôlés à l'autopsie, Wagner, Lancereaux, Hemmeter et Stokes, Frerchs rapportent chacun une observation, Hayem deux observations; il y a eu en outre cinq cas sans examen anatomique. (Lancereaux, Hayem, Jullien une observation, Einhorn, deux observations).

La radioscopie a permis de mieux connaître les déformations cicatricielles et il semble actuellement que ce soit la forme la plus souvent signalée.

Il s'agit habituellement de sténose pylorique prenant parfois l'aspect de sténose cancéreuse. On signale fréquemment aussi la sténose médio-gastrique (hour-glass ou dumb-bell déformity des auteurs anglais et américains) On a pu observer mais d'une façon tout à fait exceptionnelle la sténose du cardia. Plusieurs sténoses peuvent se combiner chez le même sujet et donner des images radioscopiques tout à fait imprévues.

Ces sténoses sont sans doute consécutives à une ou

plusieurs gommes ulcérées; ou à un ulcère syphilitique. Dans les antécédents des malades on retrouve presque toujours un syndrome d'ulcère gastrique. La marche de l'affection est, soit progressive, quelquefois lente avec des phases d'amélioration et de rechutes. Elle s'accompagne à un stade avancé de dénutrition et de cachexie. Aussi arrive-t-il que la syphilis étant méconnue, on fasse le diagnostic de cancer pylorique.

Les interventions chirurgicales sont fréquentes et cela pour une autre raison encore, le traitement spécifique est moins efficace que pour les autres formes. Il est évident que le traitement médical n'a que peu de prise sur des sténoses anciennes, constituées de longue date; aussi l'intervention chirurgicale est assez souvent indiquée pour venir compléter le traitement anti-syphilitique. Quelquefois quand la syphilis est méconnue, c'est l'opération qui vient éclairer le diagnostic étiologique et poser l'indication du traitement spécifique.

Sténose pylorique

Il s'agit de malades qui ont présenté depuis plus ou moins longtemps les signes habituels de l'ulcère. Crises douloureuses survenant trois à quatre heures après le repas, sensation de brûlure à la région épigastrique, vomissements suivis d'une sédation de la douleur. Petit à petit, les douleurs diminuent un peu, les vomissements s'espacent et deviennent plus abondants, contenant par-

fois des aliments peu modifiés. Dans l'intervalle des vomissements, il y a des éructations, du pyrosis. Les douleurs sont alors en rapport avec la distension de l'estomac, aussi sont-elles à leur maximum avant le vomissement et disparaissent-elles souvent quand l'estomac s'est vidé. Chez de tels malades, la dilatation peut être assez grande. La succussion s'entend au-dessous de l'ombilic et l'examen radioscopique montre les grandes dimensions de l'organe.

Il se produit parfois des contractions péristaltiques visibles dans la région gastrique, soulevant fortement la paroi abdominale, intermittentes, apparaissant par une légère percussion de l'estomac ou par sa faible distension.

Le cathétérisme de l'estomac à jeun montre la présence de liquide de stase avec des débris alimentaires. Le chimisme gastrique est variable.

Nous citerons quelques observations réalisant cette forme de sténose syphilitique avec dilatation gastrique.

M. Leven a publié une observation typique en 1913 dans le *Bulletin de la Société de thérapeutique*.

Homme de 47 ans. Depuis un an, vomissements tardifs qui terminaient des crises douloureuses très violentes. La syphilis avait été contractée 5 ans auparavant. Le malade avait suivi un traitement à peu près régulier.

La radioscopie montre du liquide de stase, une dilatation rétro-pylorique. La traversée du pylore est difficile, les contractions péristaltiques sont faibles. On met le malade au repos pendant une semaine, régime lacté, médication bromurée; un deuxième examen radioscopique ne montre pas de changement

On applique alors le traitement iodo-mercuriel. L'amélioration se manifeste très rapidement. La guérison était obtenue avant la fin du traitement (19 injections de bi-iodure d'Hg. à 0.02 cg. et 3 grammes d'iodure de potassium «per os» par jour.

On pratique de nouveau deux examens radioscopiques à quelques semaines d'intervalle. L'estomac fonctionne normalement.

Le même auteur cite un cas presque identique qu'il observa chez un homme de 43 ans, qui niait la syphilis et dont la réaction de Bordet-Wasserman était négative.

Observation Hoover. — Homme de 48 ans, syphilitique depuis vingt ans, se plaignant de douleurs gastriques violentes, suivies de vomissements fréquents; Amaigrissement considérable. Estomac très distendu. Peristaltisme visible. Le traitement par l'iodure de potassium amène le retour à la santé en trois mois.

Ces sténoses se présentent comme des sténoses pyloriques d'origine ulcéreuse. Elles peuvent aussi présenter l'aspect de la sténose cancéreuse, elles diffèrent cependant un peu du cancer du pylore. Alors que dans le cancer, le malade présente au début de la perte de forces, de la fatigue, de l'inappétence, de la pesanteur gastrique et de la paresse digestive, et qu'il constitue petit à petit le tableau complet de la sténose pylorique avec tension de la paroi, ondes péristaltiques, puis vomissements tardifs; dans la sténose syphilitique il y a presque toujours une période assez longue de troubles gastriques ressemblant plutôt à l'ulcère, ce n'est qu'au bout de plusieurs mois, voire des années que la sténose se constitue, si bien que

quand la palpation va révéler la présence d'une tumeur coïncidant avec le tableau clinique d'un syndrome pylorique, on sera tenté de penser à l'ulcéro-cancer.

Nous résumons brièvement l'observation suivante de Einhorn :

Observation Einhorn. *Medical Record* 1915. — Il s'agit d'une femme que l'auteur put observer en 1910 et qu'il put revoir en 1915.

La réaction de Wassermann était positive et la malade présentait d'ailleurs des signes de syphilis nerveuse. Vomissements durant depuis deux ans. Amaigrissement notable. Syndrome pylorique au complet. Dilatation gastrique. On sentait à la région épigastrique un peu à droite de la ligne médiane une petite tumeur. Le traitement iodo-mercuriel amena rapidement la guérison. Disparition de la tumeur et des troubles gastriques. Augmentation de poids. La guérison se maintient depuis 15 ans.

Observation Bensaude et Rivet. (*Presse médicale* oct. 1919). —

Homme 63 ans, souffre de l'estomac depuis 5 ans. Crises douloureuses 4 à 5 heures après le repas. Brûlures à la région épigastrique avec irradiations dorsales. Vomissements calmant les douleurs. Ni hématurie ni méléna. Amaigrissement prononcé. On sent à la palpation de la région pylorique une tumeur bosselée douloureuse. La radioscopie montre un résidu bismuthé 15 heures après l'ingestion. Chimisme : hypochlorhydrie, hypopepsie. Pas de sang dans les fèces. La réaction de Bordet-Wassermann est positive. La contamination date de 42 ans. Traitement à peu près nul.

Du 19 avril au 15 mai le malade reçoit 2 gr. d'hectine. Amélioration considérable de l'état général et local. Le malade s'alimente normalement. Il a engraisé de 3 kg. Nouvelle série d'hectine et cyanure de mercure. Le 27 juin, la tumeur a disparu,

Le malade a encore pris 3 Kg. Les troubles fonctionnels n'existent plus. L'examen radioscopique montre que 6 heures après le repas opaque, l'estomac est vide.

Dans un autre cas cité par les mêmes auteurs, l'amélioration par le traitement anti-syphilitique, bien que très notable, n'étant pas suffisant on dut recourir à une gastro-entérostomie.

Parmi les huit cas de syphilis gastrique observés par Downes et Le Wald, on relève trois cas de sténose pylorique. Deux cas furent guéris par le traitement. Le troisième malade dut subir une gastro-enterostomie.

La dilatation de l'estomac n'est pourtant pas constante, la sténose peut se rencontrer aussi combinée avec les rétractations de l'estomac, le petit estomac syphilitique.

Une large portion de la paroi gastrique a subi une infiltration syphilitique où le processus de sclérose s'est combiné avec le processus gommeux. Dans ces cas aussi, le traitement médical ne réussit pas à fondre les tissus scléreux, son efficacité n'est pas absolue et il faut recourir à une intervention chirurgicale qui présente parfois de réelles difficultés.

Nous rapporterons avec quelques détails le cas que M. Hepp a communiqué en 1910 à la Société de l'Internat.

Homme de 31 ans, souffre depuis plusieurs mois de trouble gastriques et d'amaigrissement. Il vomit sans arrêt et toute thérapeutique médicale paraît impuissante. il présente un syndrome pylorique au complet. On décide une intervention chirur-

gicale, car le malade est réduit à l'état squelettique. Cet homme n'est pas un ancien dyspeptique, il n'a jamais présenté de signes d'ulcère, on pense qu'il s'agit d'un néoplasme.

Opération le 14 janvier. Le pylore est énorme, dur, uniformément hypertrophié, l'estomac est retractoré, vide. Il n'y a pas d'adhérences. On veut faire une gastro-entérostomie. En incisant l'estomac, le chirurgien s'aperçoit que la musculature est épaissie, (un centimètre et demi). L'intestin est d'épaisseur normale. La suture est très difficile, la muqueuse gastrique semble fuir dans la profondeur. La musculature est épaissie, indurée, fragile, coupant sous le fil, comme cartonnée. Les suites opératoires sont normales. Le malade engraisse à vue d'œil et peut reprendre ses occupations au bout d'un mois.

Le premier mars, à la suite d'une céphalée violente, le malade fait une attaque apoplectiforme (aphasie, agraphies) Hémiplegie droite. Signe de Babinski. Le malade a de l'albuminurie. L'examen des yeux montre des stigmates de kératite et d'iritis. En dépit de l'albuminurie on décide de faire un traitement anti-syphilitique. En trois semaines, le malade reçoit 0, 50 cg. de sublimé en injections intramusculaires. Chaque jour amène une amélioration aussi bien au point de vue de la paralysie que de l'albuminurie. Après 15 jours de repos nouvelle cure mercurielle et cure iodurée.

Le malade reconnaît avoir eu la syphilis, il y a 5 ans environ. La réaction de Bordet-Wassermann est positive. Le 2 janvier de l'année suivante, nouvel ictus suivi d'hémiplegie droite et d'aphasie. Une série d'injections de bi-iodure amène une nouvelle amélioration.

M. Hepp donne comme caractéristiques des lésions gastriques syphilitiques, l'aspect du pylore, gros, lisse, pâle non adhérent, l'épaississement, l'infiltration de la paroi gastrique, sa consistance spéciale, friable, coupant

sous le fil, son aspect blanchâtre. Nous verrons que d'autres chirurgiens ont relevé les mêmes signes au cours d'interventions chirurgicales portant sur des estomacs syphilitiques.

Sténose médio-gastrique

Plusieurs cas de sténose médio-gastrique ont été signalés avant 1900. Mais la question de la biloculation syphilitique a été surtout étudiée depuis l'emploi de la radioscopie. Les auteurs américains, en particulier ont signalé des cas assez nombreux :

L'évolution de la lésion se fait ordinairement en deux stades :

Dans la première période, qui dure plusieurs années le malade n'accuse que les troubles qui relèvent d'un ulcère chronique : douleurs après les repas, vomissements, quelquefois hématémèses.

La seconde période est caractérisée par des symptômes de rétention alimentaire, le malade a parfois des vomissements très abondants et l'on retrouve dans les matières vomies des aliments ingérés depuis plusieurs jours. A première vue on croirait à une sténose de pylore.

L'estomac ne paraît pas toujours dilaté, si on le distend avec de l'air ou bien on peut voir se dessiner deux poches distinctes, ou bien, si l'orifice de communication ne permet pas à l'air de passer on

constate au-dessous des côtes une poche sonore très distendue et ne clapotant pas, tandis que, au niveau du creux épigastrique, la poche pylorique qui est mate donne un bruit de clapotage des plus nets.

Le lavage fait le matin à jeun peut donner d'utiles renseignements, ou bien on ne peut retirer l'eau introduite par la sonde, ou bien parce qu'après avoir vidé complètement l'estomac le clapotage persiste.

Tous ces signes n'ont qu'une valeur relative, c'est la radioscopie qui fait le plus souvent le diagnostic, qui donne les résultats les plus sûrs. Le liquide opaque se répand en deux poches distinctes, l'image observée doit être permanente dans les positions debout et couchée et persister dans le temps. La compression manuelle de la poche pylorique ne doit pas faire disparaître l'aspect biloculaire.

Messieurs Leven et Barret ont rapporté un cas à la Société Médicale des Hôpitaux en 1916. Il s'agissait d'un estomac biloculaire qui fut guéri par le traitement médical et ioduré.

Nous citerons l'observation suivante, rapportée par Messieurs Bécère et Bensaude :

Homme 54 ans, a contracté la syphilis 30 ans auparavant il a présenté il y a eu 11 ans (1878) des douleurs qui au bout de 4 ans (1902) deviennent tellement vives qu'on pense à un ulcère de l'estomac; il n'y avait ni vomissements, ni hématemèses, mais amaigrissement rapide (20 Kg.) Après trois mois de régime lacté, tout était rentré dans l'ordre, le malade peut reprendre ses occupations et ne présente plus de symptômes gastriques,

à condition de suivre un régime sévère, (potages et purées).

En octobre 1908, il est repris de troubles digestifs qui s'accroissent de plus en plus et ne cèdent pas malgré le régime. Le malade maigrit en deux mois de dix kilos et tombe dans un état d'affaiblissement et de cachexie tel, qu'il fait penser à l'existence d'un cancer. Il a des douleurs vives dans le creux épigastrique, de la constipation mais pas de vomissements. L'examen du suc gastrique montre une hypopepsie légère, l'examen des fèces ne montre pas la présence de sang.

L'examen radiologique montre l'existence de deux poches gastriques offrant dans leur ensemble l'aspect d'une cornue. Les deux poches communiquent difficilement entre elles, la poche supérieure seule se remplit d'abord et ce n'est qu'après un temps variable allant d'un quart à trois quarts d'heure que la poche inférieure devient visible; le niveau du liquide dans les deux poches ne se trouve pas à la même hauteur. La poche inférieure se vide plus facilement que la poche supérieure, il arrive un moment où seule cette dernière reste remplie par le bismuth. Il n'y a pas de mouvements accentués de péristaltisme.

Le repos au lit, le tubo-gavage amènent une sédation passagère des accidents, mais comme le malade ne trouve pas de soulagement durable, une intervention chirurgicale est décidée en principe. Auparavant on a l'idée d'essayer le traitement antisiphilitique. Dès les premières injections de bi-iodure, l'amélioration est telle que le malade prévint son médecin par dépêche, le repos au lit avait été abandonné, le régime n'avait pas été modifié. Les troubles digestifs disparaissent rapidement, le malade reprend ses occupations et peut même bientôt faire de grandes promenades sans fatigue. Mais ce qui surtout est surprenant c'est l'augmentation de poids : en 2 jours le malade voit son poids augmenter de 500 grammes, en 8 jours de 1 Kg. et demi; en 1 mois de 4 Kg, en 4 mois de 11 Kg. $\frac{1}{2}$.

Malgré ces changements rapides, l'estomac conserve toujours sa forme biloculaire. Les examens radiologiques ultérieurs

montrent cependant des modifications profondes : la communication entre les deux poches se fait beaucoup plus rapidement, si bien que le niveau du liquide ne tarde pas à être à la même hauteur dans les deux poches inférieure et supérieure. Dans les dernières radioscopies on ne trouve plus qu'une ébauche de biloculation.

Sous l'influence du traitement anti-syphilitique, les troubles gastriques ont disparu, l'état général s'est amélioré d'une façon notable; radiologiquement cette amélioration a coïncidé avec la disparition presque complète de l'aspect biloculaire de l'estomac.

Dans un article paru en 1919 M. Bensaude complète ainsi cette observation :

Le malade a été suivi régulièrement, les phénomènes gastriques n'ont pas reparu, mais l'estomac a toujours gardé un léger aspect biloculaire, le malade a conservé une tendance à l'amaigrissement se manifestant lorsqu'il cessait pendant une période un peu longue, le traitement spécifique. Il est néanmoins resté dans un état de santé satisfaisant lui permettant l'exercice d'une profession extrêmement fatigante, jusqu'en mars 1918, date à laquelle il meurt subitement, pendant son sommeil. Pas d'autopsie.

L'influence du traitement spécifique dans ce cas, confirme la nature de la lésion, mais elle permet aussi de supposer comment la syphilis est survenue dans la production des lésions. Les néoformations gommeuses, les ulcérations, l'infiltration, régressent sous l'influence du traitement. MM. Galliard et Mendelsohn ont communiqué à la Société médicale des hôpitaux un cas analogue. (mai 1919)

Les cas où l'influence du traitement est plus longue à se faire sentir ou même paraît presque inefficace semblent être ceux où un processus cicatriciel a eu le temps de se constituer. Il est des cas où après une certaine amélioration l'état reste stationnaire, il est probable que le traitement a fondu ou nettoyé ce qui pouvait lui être accessible, et qu'il reste sans effet dans la suite, parce que des cicatrices scléreuses se sont définitivement établies.

Nous résumerons encore deux observations de Tuohy (Tuohy, *Interstat. Med. Journal*, St Louis, 1914).

1^{re} observation Tuohy. — Homme 35 ans, commerçant. Souffre de l'estomac depuis 2 ans $\frac{1}{2}$. Douleurs sourdes aussitôt après le repas au niveau de l'épigastre. Ces douleurs augmentent progressivement amenant un vomissement 15 minutes après le repas. Il reçoit le traitement classique de l'ulcère et au bout de trois semaines se trouve très amélioré. Ne vomit plus que de temps à autre. Au bout de 4 mois revient très amaigri. On lui donne des alcalins, il a un répit d'un an. Il revient de nouveau, ses douleurs sont devenues intolérables, continues. Il nie la syphilis, la réact. de Bordet-Wassermann est très positive. L'examen radioscopique montre un estomac en sablier (hour-glass). Le traitement anti-syphilitique est commencé. Le malade néglige son régime habituel, mais l'amélioration est assez sensible pour que bientôt cet homme puisse reprendre ses occupations. En 5 mois son poids a augmenté de 12 kg. $\frac{1}{2}$, le malade mange tout ce qui lui plaît.

Alors que le premier examen radioscopique ne montrait qu'une communication à peine sensible entre les deux poches, au deuxième examen, après 5 mois, l'estomac se vide rapidement, au bout de 20 minutes, une quantité notable du repas est passée dans l'intestin grêle.

La deuxième observation de Tuohy se rapporte à un cas où la communication entre les deux poches était tellement réduite, que l'on dut recourir d'emblée à l'intervention chirurgicale. Malheureusement l'estomac était tellement réduit de volume que l'on dut se contenter de faire une simple jéjunostomie. On fit alors un traitement anti-syphilitique qui amena la guérison.

II^e Observation Tuohy.— Homme 40 ans; Imprimeur. Infection syphilitique ancienne, traitement insuffisant. Troubles gastriques remontant à deux ans. Entre pour être opéré à la Mayo Clinic le 8 novembre 1913. La paroi postérieure et la portion pylorique sont occupées par une série d'ulcérations. La sténose médiogastrique est très serrée. L'organe est très rétréci. Le chirurgien juge la gastro entérostomie impossible. On pratique une jéjunostomie. Puis on institue le traitement anti-syphilitique avec e Salvarsan. Le malade est nourri jusqu'au 1^{er} juin, grâce à un tube, avec des quantités croissantes de nourriture.

Le traitement est consciencieusement appliqué; l'amélioration très marquée. Le malade peut de nouveau ingérer la nourriture, il a engraisé de 30 livres.

Un deuxième examen radioscopique montre que la sténose est suffisamment large pour que le malade puisse ingérer sans peine une nourriture solide. La portion qui fait communiquer les deux poches se montre très large.

Holitsch a publié en 1918 une observation analogue :

Observation Holitsch.— **Proc. Deutsche. Roent.. gesellschaft.**— Femme de 33 ans, couturière. Chancre de la lèvre, 10 ans auparavant. Souffre de troubles gastriques ayant augmenté considérablement depuis 6 mois. L'amaigrissement est très accentué.

Les douleurs ont lieu immédiatement après le repas, au niveau de l'épigastre. La radioscopie montre un estomac en sablier.

Le Wassermann est très positif.

La gastro-enterostomie est jugée impraticable, on fait une péjunostomie. L'estomac est rétréci, ses parois sont épaisses, surtout la sous-muqueuse. Un fragment prélevé montre la nature syphilitique de la lésion.

Le traitement anti-syphilitique améliore rapidement le malade. Le tube peut être retiré rapidement. La malade peut s'alimenter librement. L'augmentation de poids est bientôt de 23 livres. La stricture médiogastrique s'élargit et permet un fonctionnement suffisant de l'organe.

Nous citerons enfin une observation de Culle où l'on dut intervenir chirurgicalement, la déformation cicatricielle s'étant montrée rebelle au traitement anti-syphilitique.

Observation Culle. — *Journal américain Med. Ass. Chicago* 1916. Homme 44 ans. Journaliste, veuf, bonne santé habituelle, un enfant bien portant. La femme n'a pas eu de fausse couche. Chancre en 1898, n'a fait qu'un traitement local. En 1908, à la suite d'un trauma minime a une gomme sur le tibia. Cette gomme disparaît sous l'influence du traitement anti-syphilitique. Sept ans plus tard, une iritis dont il reste des stigmates; a suivi à ce moment un traitement mercuriel pendant 3 mois. Peu après il commence à souffrir de l'estomac. Douleurs. Sensibilité à l'épigastre. Vomissements. Il est soigné par différents médecins qui ne lui apportent que peu ou pas de soulagement. Plusieurs portent le diagnostic d'ulcère gastrique. Les douleurs sont continues le malade ne peut plus supporter qu'une nourriture liquide. Le malade entre à l'Army and Navy Gen. Hospital où l'on porte le diagnostic d'ulcère du pylore.

A l'examen, il se montre pâle, amaigri, très affaibli.

Les douleurs gastriques sont constantes, les vomissements surviennent une heure ou deux heures après le repas. Pas d'hématémèses. Rien à signaler à l'examen du contenu gastrique. La capacité de l'organe est très réduite. La radioscopie montre un estomac biloculaire, la poche cardiaque n'est pas vidée en 24 heures. Le Wassermann est positif.

On fait un traitement par injections mercurielles jusqu'à la limite toxique. Le malade reçoit en outre 4 injections de 0,90 cg. de néo-salvarsan.

Mais les vomissements se montrent si précoces que le malade ne retient que très peu de l'albumine d'œuf et du jus de viande, qu'on lui fait ingérer. De peur de laisser le malade succomber à l'inanition, on décide une intervention chirurgicale.

On trouve l'estomac contracté en 2 poches, la taille de l'organe est notablement réduite, les vaisseaux turgides, la stricture très forte et très dure, une infiltration de la grande courbure et de la portion cardiaque. La portion pylorique est d'apparence et de consistance normales.

On essaie une gastro-entérostomie postérieure, mais cet essai est rapidement abandonné en raison de la friabilité et de la grande épaisseur de la paroi postérieure. L'incision est enfouie dans le mésocolon. On trouve un espace assez large pour permettre une anastomose et l'on pratique une gastrectomie partielle, excision de la portion stricturée. Anastomose termino-terminale. (Moynihan). Cette partie de l'intervention très difficile en raison de l'épaisseur et de la friabilité de la portion cardiaque.

Le malade peut absorber du liquide au bout de 30 heures et une nourriture solide le dixième jour. La convalescence ne fut marquée que par la difficulté d'accommoder la réduction de l'organe et son inextensibilité avec un appétit « d'une extrême voracité. »

Il n'y avait pas d'ulcération dans la partie excisée, la muqueuse était mince, comme glacée.

Nous rappellerons que dans un cas rapporté par M. Hepp, l'intervention chirurgicale avait été aussi très pénible en raison de cette consistance spéciale, épaissement et friabilité des tissus qui coupent sous le fil comme un carton.

Sténose du cardia

Nous n'avons pas relevé de sténose isolée du cardia; le seul cas que nous ayons trouvé est celui rapporté par MM. Bensaude et Rivet (*Presse médicale* 1919) où une sténose du cardia coexistait avec une sténose médiogastrique.

Observation. (Enriquez et Bensaude) Syphilis de l'estomac. *Presse Médicale*. 1919. — Femme, 35 ans, souffre depuis 1909 de maux d'estomac et de vomissements, de gêne et de douleur au moment où la malade avale les aliments.

La malade consulte M. Enriquez, le 6 mars 1910.

Régurgitations œsophagiennes abondantes.

La radioscopie montre une double sténose cardiaque et médiogastrique. Rien à signaler à la palpation.

M. Bensaude voit à l'œsophagoscopie, au niveau du cardia une ulcération semi-circulaire ne saignant pas.

On fait immédiatement les injections de 0,02 cg. de bi-iodure d'Hg. Le 18 mars il n'y a plus de signes de sténose du cardia, la sténose médiogastrique semble moins marquée, très rapidement après l'ingestion de bismuth, la partie inférieure de l'estomac est visible à l'écran, réunie à la partie supérieure par un étroit canal.

Le 11 mai, l'estomac a une apparence presque normale. La

réaction de Wassermann (M. Joltrain) est fortement positive. La malade dont la dénutrition avait pris des proportions inquiétantes, recommence à engraisser pour reprendre rapidement un état général satisfaisant.

Dans la suite cette malade présente à l'examen radioscopique un estomac petit, ratatiné et très peu dilatable, une incontinence pylorique complète, un bulbe duodénal très dilaté, ces signes persistant malgré le traitement, sans donner lieu à des troubles fonctionnels et généraux notables.

Il y a lieu de signaler avant d'aborder l'étude de la forme tumeur syphilitique, qu'il s'agit presque toujours du même processus anatomique. L'ulcère syphilitique résulte souvent d'une gomme ramollie et ulcérée. La cicatrisation amène souvent les déformations que nous venons de passer en revue et réalise les sténoses soit pyloriques soit médiogastriques quand il ne s'agit pas de sténoses combinées. Il se produit presque toujours en même temps une infiltration de la paroi qui peut parfois être considérable et réaliser l'aspect clinique de la tumeur syphilitique.

TUMEUR SYPHILITIQUE

Nous avons relevé dans la thèse de Pater, deux cas seulement de tumeur syphilitique avec examen d'autopsie. (*Wagner-Buday*). Les observations de tumeur syphilitique sans preuve anatomique y sont un peu plus nombreuses (Fournier 2 cas, Hayem 1 cas, Dubuc 1 cas, Einhorn 2 cas, Sanders 1 cas, Freemann Ward 1 cas.)

J'ai recueilli une quinzaine d'observations analogues la plupart avec contrôle radioscopique ou examen du chimisme gastrique, les observations où la nature de la tumeur a été vérifiée au cours d'une intervention chirurgicale sont très rares. La plupart du temps le diagnostic est porté sur la constatation d'une tumeur siégeant à l'épigastre, de volume variable, tumeur s'étant développée progressivement au cours d'un état dyspeptique chronique.

Smithies dans la statistique des 26 cas qu'il a pu étudier, et considérant les antécédents gastriques de ses malades a relevé un cas de tumeur syphilitique s'étant développée au cours d'un état dyspeptique sans antécédents gastriques nets. Il cite par contre quatre autres cas où la tumeur s'est développée après des phases de troubles gastriques alternant avec des phases de santé parfaite

Là comme pour les autres formes l'infection syphilitique remonte à plusieurs années. La syphilis était ignorée du malade dans quelques cas. Les traitements suivis avaient toujours été insuffisants ou nuls.

Les signes cliniques varient avec la situation de la tumeur. Il s'agit parfois de tumeurs siégeant au pylore produisant parfois une sténose plus ou moins marquée avec stase et dilatation gastrique. Les vomissements sont inconstants. Le seul signe caractéristique est la présence d'une tumeur reconnue à la palpation de la région épigastrique. Nous verrons en parcourant quelques observations que certains auteurs ont essayé de mettre en valeur quelques signes diagnostiques propres aux tumeurs syphilitiques.

Je citerai d'abord, comme étant tout à fait typique l'observation résumée d'un cas publié par M. Hayem.

Hayem. — *Bul. de l'Académie de médecine.* 1919. (Infiltration gommeuse de la paroi stomacale, gomme hépatique et peut-être envahissement des ganglions pré-pyloriques.) — Homme âgé de 64 ans, venu consulter sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale.

Le début des troubles gastriques remonte à un an environ. On sent dans la région épigastrique, une tumeur volumineuse, dure non mobile, douloureuse à la pression. Le foie est hypertrophié, dur, mais lisse. Le poulx est dur, l'auscultation du cœur révèle un second bruit clangoreux au foyer aortique.

L'amaigrissement est de 10 kgs. environ. Le malade se plaint d'une sensation de barre à l'épigastre. Les douleurs sont subcontinues, non modifiées par l'ingestion des aliments, assez intenses pour obliger l'emploi de calmants (Eau chloroformée, codéine, inject. de morphine).

Examen du suc gastrique après repas d'épreuve :

T = 0,270 H = 0 A = 0,29
 F = 0,211 c = 0,059 alpha = 0,49
 T
 —= 1,27 Sang dans les fèces = +.
 F

A l'âge de 24 ans, le malade a eu une érosion suspecte sur le gland, sans commémoratifs d'accidents secondaires. Céphalées tenaces pendant plusieurs années.

Traitement par les frictions mercurielles. L'amélioration est peu marquée. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. On fait des injections de benzoate de mercure (0,02 cg. tous les 2 jours). Au bout d'une semaine l'amélioration est notable. A la 20^e injection, le résultat est « vraiment surprenant. » Le poids augmente. L'appétit est bon. Le foie diminue de volume. La tumeur a totalement disparu. On fait un nouvel examen du suc gastrique après la trentième injection :

T = 0,255 H = 0 A = 0
 F = 0,204 c = 0,051 alpha = 0,56
 T
 —= 1,25
 F

L'auteur remarque que l'examen du chimisme gastrique ne donne pas de renseignements utiles pour le diagnostic. La tumeur syphilitique ulcérée produit les mêmes changements du suc gastrique que le cancer. Cette observation présente cependant quelques particularités. Le malade avait conservé malgré la présence de grosses lésions datant déjà d'un an un bon état général. Les douleurs dans ce cas étaient intenses, alors que souvent

dans le cancer elles sont peu marquées. Mais dans l'ulcéro-cancer les douleurs sont aussi très violentes. L'auteur conclut à la nécessité de traiter les sujets qui ne présentent aucun stigmate de syphilis, qui nient la syphilis et chez qui la réaction de Bordet-W. est négative.

Nous résumerons également une observation de Meyer.

Homme de 24 ans venu consulter le 27 mai 1911 ayant contracté la syphilis 5 ans auparavant, a suivi un traitement hydrargyrique consciencieux pendant un an. Le début des troubles gastriques remonte à 6 ou 7 mois. Douleurs épigastriques se produisent une heure après le repas. Pas de faim douloureuse. Analyse du suc gastrique après repas d'épreuve :

H Cl libre	42
— total	62
Sang	0
Acide lactique	0

La réaction de Bordet. W est fortement positive. A la palpation, on sent une masse irrégulière, dure, douloureuse à la pression, à gauche de la ligne médiane à 4 ou 5 cm. du rebord costal. On sent distinctement la rate à part.

L'examen radioscopique montre exactement, dans la région où l'on sent la tumeur, une infiltration vraisemblablement gommeuse des parois de l'estomac.

Traitement : Iodure de potassium par la bouche, injections de sels mercuriels solubles. Ce traitement est bien supporté; au bout de peu de jours la tumeur devient moins dure, la douleur à la pression disparaît.

En juillet, le malade a engraisé de 10 livres. L'appétit est excellent, la douleur après le repas a complètement disparu. A la place de la tumeur on ne sent plus qu'une résistance peu marquée, non douloureuse et très souple.

En janvier 1912, le malade continue le traitement et ne ressent plus aucun trouble.

Il faut remarquer dans cette observation l'âge du malade qui était peu en rapport avec le cancer. D'autres auteurs rapportent des cas analogues chez des sujets jeunes. D'un autre côté le chimisme gastrique montre la présence d'acide chlorhydrique alors que le plus souvent les auteurs notent l'absence d'acide chlorhydrique et la présence d'acides de fermentation.

Observation Myer. — Homme de 32 ans. Douleur après le repas pendant deux heures environ. Amaigrissement marqué. Pas de méléna. Le fond de l'estomac est à deux doigts au-dessous de l'ombilic. Douleur à la pression au creux épigastrique.

H Cl. libre = 0; acide lactique = 0; sang = 0.

Le premier diagnostic est celui d'ulcère calleux avec dégénérescence cancéreuse. Le malade revu trois mois après, présente une tumeur palpable au creux épigastrique. Il y a de la rétention. On pratique une gastro-entérostomie. L'examen de l'organe au cours de l'acte opératoire fait soupçonner la syphilis. Traitement par l'iodure de potassium, guérison, se maintenant après 9 mois.

Observation Niles. — Age 28 ans. Chancre 8 ans auparavant. réaction de Bordet W = 4 + aspect cachectique faisant penser à un cancer. Troubles gastriques : renvois, nausées, vomissements, gêne après le repas, pesanteur à l'épigastre. Douleur excruciante. Ces troubles datant de plus de 6 mois, le chimisme gastrique montre l'absence d'H Cl. libre et d'H Cl. combiné, la présence d'acide lactique.

L'examen radioscopique, montre un estomac déformé comme par une néoplasie intra-gastrique:

Amélioration notable dès le troisième jour après une injection de néo-salvarsan. Guérison se maintenant au bout de 10 mois.

On pourra objecter que des guérisons ne datant que de 9 mois ou de 10 mois ne sont pas suffisantes pour éliminer le diagnostic de néoplasie. Ce ne sera pas le cas pour deux observations d'Einhorn.

I^{re} Observation d'Einhorn. — Homme 46 ans. Réaction de Bord. W = + + +. Présentant au niveau du creux épigastrique une tumeur d'un diamètre de 4 cm. environ. (1 inch. 1/2).

L'examen du suc gastrique montre après repas d'épreuve : l'absence d'acide chlorhydrique, H. cl total = 8; la présence d'acide lactique. L'examen radioscopique ne montre pas de liquide de stase. On fait le diagnostic d'ulcère calleux à dégénérescence cancéreuse. On institue cependant un traitement par le mercure et le salvarsan. Au bout de 4 mois le malade a repris 30 livres. Le malade revu en mars 1915 soit 28 mois après le début du traitement est en excellent état.

II^e Observation d'Einhorn. — Homme de 47 ans souffrant depuis 5 mois de douleurs et de vomissements, a perdu 40 livres. On sent à la palpation au niveau du creux épigastrique une tumeur de diamètre de 6 cm. (2 inches 1/2). Le chimisme gastrique montre l'absence d'acide chlorhydrique, la présence d'acide lactique et de sang. Bien que le Wassermann soit négatif, le malade ayant été jugé inopérable est traité par l'iodure de potassium puis par le mercure et le salvarsan. Le 1^{er} examen est de nov. 1909. La guérison des troubles gastriques est obtenue, la tumeur a disparu. Le malade revu en mars 1915 soit 6 ans après le 1^{er} examen est en bon état.

Dans cette forme de syphilis gastrique, comme dans toutes les autres, d'autres troubles de nature spécifique peuvent exister en même temps que les troubles gastriques. La disparition des symptômes gastriques sous l'influence du traitement antisyphilitique, coïncidant avec la disparition des autres accidents syphilitiques est une preuve de leur nature. C'est ce qui ressort de l'observation suivante (résumée) :

Observation Colleville.— Homme 59 ans ayant contracté la syphilis 4 ans auparavant, ayant déjà eu une iritis et des céphalées à prédominance nocturnes tenaces. Traité insuffisamment par l'iodure de potassium et le mercure : présente des troubles gastriques depuis 6 mois, est dans un état d'amaigrissement avancé et de cachexie. La palpation montre une tumeur de volume d'une pièce de 5 francs au niveau du creux épigastrique. Le maximum des douleurs a lieu deux heures après le repas. Le Wassermann est positif. Traitement par l'arsénobenzol et le mercure en injections (sels solubles) :

Disparition de la tumeur, ne vomit plus, reprend du poids. Les céphalées disparaissent en même temps qu'une albuminurie datant de plusieurs semaines.

Parmi les 26 cas de syphilis gastrique rapportés par Smithies en 1915 dans le journal américain de l'Association médicale de Chicago, on note cinq cas de syphilis stomacale avec tumeur perceptible. Dans plusieurs cas, l'examen radioscopique lui aurait permis d'éliminer le diagnostic de cancer. Dans un cas une intervention chirurgicale montra une tumeur du volume d'un citron, au niveau de la région pylorique. Dans tous ces cas, le trai-

tement anti-syphilitique amena la disparition des troubles gastriques et des guérisons cliniques contrôlées par la radioscopie.

Bard, dans un article publié dans les *Archives des Maladies de la nutrition et de l'appareil digestif* en 1919, essaie d'isoler les caractères cliniques spéciaux qui permettraient de faire le diagnostic des tumeurs syphilitiques de l'estomac et de l'intestin. D'après les cas qu'il a pu observer il y aurait malgré l'amaigrissement marqué des sujets atteints de tumeurs syphilitiques une absence de la cachexie propre aux porteurs de néoplasme gastrique. La tumeur elle-même présenterait des caractères particuliers, c'est d'abord sa consistance régulière, un peu élastique, c'est aussi la mobilité de cette tumeur, mobilité non douloureuse, en un mot et suivant l'expression de Bard cette tumeur donne l'impression qu'elle serait « d'une exérèse facile pour le chirurgien qui n'aurait qu'à la cueillir. »

Ces caractères sont ceux de la tumeur que portait le « vieil ami » de Fournier et dont il a rapporté l'observation.

Le professeur Bard a eu l'occasion à deux autres reprises de constater les mêmes caractères cliniques des syphilomes gastriques, en particulier chez une malade dont le diagnostic de tumeur gastrique syphilitique ne put être fait que rétrospectivement. Le Pr. Bard avait présenté cette malade à la Société médicale de Genève le 12 février 1914 : « Extrême mobilité de la tumeur, absence de douleur à la palpation, conservation d'un

bon état général malgré des signes parfois intenses de stase gastrique ». Par bon état général, Bard fait toutefois remarquer qu'il faut seulement entendre l'absence de cachexie ; il peut en effet exister un état d'amaigrissement plus ou moins considérable résultant soit de la sous-alimentation que la maladie a imposée, soit des régimes suivis par le malade. Il existerait pour le même auteur un diagnostic plus délicat, c'est celui des tumeurs syphilitiques et des tumeurs tuberculeuses. Dans l'un et l'autre cas les signes cliniques se ressemblent.

Mais avant d'aller aussi loin, d'après les observations qu'il nous a été donné de rencontrer et de résumer plus haut, il s'en faut de beaucoup que ces caractères cliniques soient constants. Les différents auteurs et à maintes reprises mentionnent, sensibilité à la pression, tumeur irrégulière, tumeur non mobilisable ou adhérente à la profondeur. Il est possible de rencontrer chez le même sujet une tumeur syphilitique présentant les caractères que le Pr. Bard attribue aux tumeurs syphilitiques et dans ces cas il sera davantage indiqué de penser à la syphilis ou de faire le diagnostic de tumeur syphilitique mais ces caractères ne sont pas constants et le fait de ne pas les rencontrer ne devra pas faire éliminer le diagnostic de tumeur syphilitique de l'estomac.

Le diagnostic à faire dans ces cas est celui de cancer ou de tumeur syphilitique, une très intéressante observation de M. Lion va nous montrer que cancer et syphilis peuvent coexister sur le même organe, évoluer parallèlement, en exerçant l'une sur l'autre une influence

non douteuse, la syphilis ouvrant la route prépare les voies du cancer comme on peut le constater sur d'autres organes. On a alors un hybride cancer-syphilis.

Observation Lion (*in Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*). — M. B. boursier, âge 42 ans. Constitution peu robuste. Rien de grave dans les antécédents, la syphilis est niée.

Débuts. En décembre 1911, douleurs intercostales. Faiblesse dans la région lombaire, le décubitus soulage le malade. Ces douleurs se reproduisent par crises que le malade combat par l'aspirine. Affaiblissement progressif. Le poids reste aux environs de la moyenne habituelle.

5 mai 1912. *État actuel.* Douleurs siégeant au-dessous du mamelon gauche avec irradiation dans le dos du même côté. Appétit conservé. Pas de troubles du côté de l'estomac et de l'intestin. Au niveau de l'ombilic on trouve une tumeur du volume d'une grosse pomme, dure, à bord un peu irréguliers, de forme ovoïde allongée transversalement. L'ombilic envahi est dur, infiltré. Bords épaissis. Le fond présente une ulcération suintante. Il adhère aux parties profondes et fait corps avec la tumeur. Un petit ganglion dans l'aîne droite. Rien à signaler aux autres organes. Réflexes oculaires et patellaires normaux.

L'examen du suc gastrique après repas d'épreuve montre une hypopepsie intense; de la fermentation organique; on note la présence de sang dans les fèces, signes permettant de localiser l'affection sur l'estomac et de supposer l'existence d'un cancer. La réaction de Bordet-Wassermann est positive.

On prescrit un régime approprié et le traitement anti-syphilitique.

Le 13 juin.— 23 injections de bi-iodure à 0,02 cg. ont été faites. L'ombilic s'est transformé rapidement et apparaît presque complètement guéri. Il a diminué de volume, est devenu souple

n'est plus ni ulcéré, ni adhérent aux parties profondes. La tumeur a diminué, paraît moins dure.

Fin juillet.—Après 30 injections de bi-iodure (0,02 cg.) et 2 inject. d'huile grise, la guérison de l'ombilic est complète. Le ganglion de l'aîne a disparu. De la tumeur on ne sent plus qu'une petite saillie transversale très étroite.

10 août.— Le malade a pris 2 k.500. On sent encore une petite tumeur cylindrique à droite de l'ombilic.

12 octobre.— 10 injections d'huile grise ont été pratiquées. Le teint est pâle. La tumeur n'a pas bougé. L'ombilic est toujours intact. La radioscopie (Dr. Barret) est pratiquée : « estomac, atone, vertical, la grosse tubérosité est au-dessous de l'ombilic. La région pylorique est un peu imprécise, l'évacuation se fait bien. »

14 janvier.— Vomissement le 25 décembre et le 5 janvier. Il y a eu une véritable indigestion le 8 janvier avec diarrhée et vomissements d'aliments ingérés la veille. On commence une série d'injections de calomel à (0,07 cg.)

25 janvier.— La tumeur a un peu augmenté de volume. Légère agitation péristaltique.

13 février.— Le malade mange bien, digère bien. Le ganglion de l'aîne droite réapparaît.

27 mars.— La tumeur augmente de volume. Rebords durs et noduleux. Le ganglion inguinal a encore augmenté de volume. Le malade ne mange pas à sa faim.

29 mars.— On commence une série de novarsé nobenzol.

5 avril.— Même état. Le ganglion grossit encore. La mine est mauvaise. L'amaigrissement s'accroît.

3 mai.— Le malade a reçu en 6 injections 5 gr. 20 de novar.

22 mai.— Pendant 3 jours de suite le malade a vomi une bouillie « comme du marc de café ».

19 juillet.— Vomissements répétés, 5 à 6 par 24 heures. Le teint devient jaune paille. La tumeur est plus volumineuse. L'ombilic présente à nouveau de petits nodules. Le foie est intéressé. Il y a

un peu d'ascite. Le ganglion inguinal a doublé de volume.

17 octobre.— Le foie est largement envahi. L'ombilic est rouge et va s'ulcérer. Le ganglion est du volume d'une pomme de terre moyenne. Mort le 22 octobre.

Ainsi au moment où la guérison paraissait assurée, l'affection se réveillait et prenait les allures de la sténose cancéreuse du pylore.

Lion ajoute qu'il existe des tumeurs bénignes de l'estomac qui simulent le cancer non seulement par leurs caractères cliniques mais encore par l'aspect sous lequel elles s'offrent au chirurgien pendant l'acte opératoire. Quelquefois c'est l'évolution qui permettra de mettre en doute le diagnostic de cancer. Après une intervention qui n'est le plus souvent que palliative, la durée de la survie est telle qu'elle est incompatible avec l'idée de malignité. La survie moyenne à la suite de gastro-entérostomie pour sténose cancéreuse du pylore est de 6 à 8 mois. Elle ne dépasse guère 18 mois à 2 ans. Mais il existe des observations où cette survie a été 4, 5, 6, 8 et même 14 ans.

Parmi ces cas de survie prolongée, on a pu faire six examens nécropsiques et quatre examens histologiques sont rapportés qui vérifient la nature cancéreuse de la maladie. On peut donc affirmer que des malades gastro-entérostomisés pour affection cancéreuse du pylore ont pu survivre trois, quatre et cinq ans.

Passé cinq ans, la preuve de la nature cancéreuse de la maladie n'a jamais été faite et plus on s'éloigne de l'épo-

que de l'intervention, plus le diagnostic de néoplasme paraît révocable.

Parmi les affections qui simulent le cancer on voit l'ulcère, la syphilis et la tuberculose. Pour Lion, la syphilis est probablement l'affection qui simule le plus souvent le cancer de l'estomac, elle peut affecter la forme de la sténose ou la forme de la tumeur, il semble permis d'admettre qu'elle prépare le cancer et qu'elle puisse évoluer simultanément avec lui sur le même organe.

En tout cas, il semble bien que l'on puisse presque à coup sûr porter le cas de tumeur syphilitique quand chez un sujet jeune on sent une tumeur gastrique et que malgré l'amaigrissement le malade ne présente pas la cachexie si spéciale des sujets atteints de cancer de l'estomac.

CONDUITE A TENIR CHEZ LES SYPHILITIQUES ATTEINTS D'AFFECTIONS DE L'ESTOMAC

Comment reconnaître la syphilis gastrique. Au terme de cette étude, nous sommes bien forcés de reconnaître qu'elle est essentiellement protéiforme. Il n'est pour ainsi dire pas d'affection gastrique dont elle ne puisse réaliser le tableau clinique.

Pour chaque forme, nous nous sommes efforcés de voir quels caractères spéciaux elle peut présenter. Dans la dyspepsie à type hypersthénique, alors que souvent l'appétit est conservé, les auteurs le trouvent souvent diminué dans la syphilis.

Certains ulcères syphilitiques sont remarquables dans les formes hémorragiques, par la brusquerie, la soudaineté de l'hématémèse survenant en pleine santé apparente. Cette hématémèse est souvent considérable. Après une cure de traitement tout rentre dans l'ordre, le malade vit en bonne santé pendant de longs mois, quelquefois des années; puis les accidents se reproduisent avec les mêmes caractères. Malheureusement ces faits sont loin d'être constants. Il n'est rien qui distingue les sténoses

syphilitiques des sténoses succédant à l'ulcère ou de certaines sténoses cancéreuses.

Pour la tumeur syphilitique, le professeur Bard a bien essayé d'isoler quelques caractères cliniques particuliers : tumeur à consistance irrégulière, un peu élastique, mobile, peu ou pas douloureuse.

Nous pensons d'autre part que le développement d'une tumeur gastrique, perceptible à la palpation, chez un jeune sujet, présentant de l'amaigrissement même assez marqué sans présenter la cachexie propre du néoplasme, doit faire penser à la tumeur syphilitique.

Malheureusement là aussi l'inconstance de ces signes cliniques est bien décevante. Chaque fois que l'on rencontrera de tels tableaux cliniques, on doit penser à la syphilis, mais nous ne nous dissimulons pas qu'on doit les rencontrer assez rarement, et à ne s'en tenir qu'à eux, on risque bien souvent de passer à côté du diagnostic de syphilis stomacale.

Force nous est donc, en l'absence de points de repère, d'adopter une autre ligne de conduite pour le diagnostic des affections syphilitiques de l'estomac.

Si la syphilis est connue, soit par l'aveu du malade, soit par les commémoratifs, soit par les stigmates, soit par une réaction de Bordet-Wassermann positive, il faudra toujours faire une cure de traitement antisyphilitique. On devra employer les arsenicaux et le mercure mais ne pas négliger l'iodure de potassium qui dans plusieurs cas achève seul la guérison.

Chez les malades où on ne peut soupçonner la syphilis,

si les phénomènes gastriques se présentent avec un aspect clinique tel que ceux que nous venons d'indiquer, on peut dire qu'il y a présomption de syphilis, il faudra la rechercher avec le plus grand soin, on ne négligera pas de faire une réaction de Bordet-Wassermann. On ne pourra porter le diagnostic que rétrospectivement après avoir constaté l'efficacité du traitement, ou si à l'occasion d'une intervention chirurgicale on peut faire un examen histologique d'une pièce enlevée.

La syphilis est niée, la réaction de Bordet-Wassermann est négative, il ne faudra pas dans certains cas rejeter le diagnostic de syphilis gastrique. C'est d'abord le cas où les troubles gastriques ont résisté aux modes habituels de traitement; des malades ont essayé tous les régimes, toutes les médications, il arrive que le traitement anti-syphilitique nous l'avons vu dans plusieurs observations, mette un terme à leurs maux. Il ne faudra donc pas négliger cette tentative qui a réussi à des médecins avisés.

Il nous paraît de même que le médecin est autorisé dans un autre cas à faire un traitement anti-syphilitique, en l'absence de tout commémoratif d'infection ou d'accident, même avec une réaction de Wassermann négative, c'est le cas de tumeur de l'estomac jugée inopérable.

Nous avons vu plusieurs de nos maîtres prescrire des frictions mercurielles aux malades atteints de méningite tuberculeuse. Devant le pronostic implacable de cette affection, si le médecin n'hésite pas à utiliser cette ultime ressource, nous nous croirons autorisés à faire faire une cure anti-syphilitique au malade auquel le diagnostic de

cancer de l'estomac ouvre un pronostic tout aussi fatal à une échéance plus ou moins éloignée.

Il nous reste un point plus délicat à envisager. Nous avons vu que souvent les lésions syphilitiques restent rebelles au traitement spécifique. On a dû souvent recourir aux interventions chirurgicales pour la syphilis stomacale. C'est surtout pour les cas de sténose ou de tumeur que se posent les indications opératoires.

Dans le cas d'ulcère, quand on ignore la syphilis, si l'hémorragie est grave et semble immédiatement menacer la vie du malade, le traitement chirurgical doit prendre le pas sur la cure thérapeutique anti-syphilitique, dont l'effet dans les cas les plus favorables met toujours quelque temps à se produire.

Les cas de sténose devront recevoir une cure de traitement anti-syphilitique avant l'intervention chirurgicale.

On ne peut trancher aussi facilement la question de l'indication d'une intervention chirurgicale quand le diagnostic reste hésitant entre tumeur syphilitique et tumeur néoplasique et entre sténose syphilitique, et sténose cancéreuse. Il s'agit de cas d'espèces et c'est là qu'il faut surtout se rappeler que la syphilis gastrique tout en n'étant pas exceptionnelle reste beaucoup moins fréquente que le cancer de l'estomac.

CONCLUSIONS

I. La syphilis peut présenter les signes de presque toutes les affections de l'estomac. Elle doit être recherchée avec le plus grand soin chez les malades atteints d'affection gastrique, surtout si l'analyse des troubles révèle une anomalie symptomatologique et si ces troubles sont rebelles aux traitements habituels.

La syphilis gastrique n'a que des signes de présomption et ces signes sont inconstants.

II. Le diagnostic de syphilis de l'estomac ne peut être posé qu'en présence de signes ou de stigmates nets de syphilis ou au moins en leur absence, sur une réaction de Wassermann positive. Le traitement anti-syphilitique doit être efficace et cette efficacité doit être vérifiée par l'examen radioscopique.

Il en est de même du diagnostic de syphilis gastrique pour les malades dont le Wassermann est négatif, mais chez lesquels on retrouve l'hérédo-syphilis.

On pourra dans les mêmes conditions porter ce diagnos-

tic quand les troubles gastriques se sont montrés rebelles aux traitements habituels et n'ont cédé qu'au traitement anti-syphilitique.

III. La dyspepsie syphilitique est une dyspepsie avec hyperesthésie viscérale. Il ne semble pas qu'il existe de dyspepsie syphilitique avec ptose et hyperesthésie du plexus solaire.

L'ulcère syphilitique n'a rien qui le distingue de l'ulcère simple, du moins dans sa première période. Il est fréquent de voir l'ulcère syphilitique se manifester par des hémorragies abondantes, brusques survenant en pleine santé apparente.

Toute tumeur gastrique palpable survenant chez un sujet jeune, amaigri mais ne présentant pas de signes de toxémie peut être présumée comme de nature syphilitique.

Il n'est rien qui différencie les sténoses syphilitiques des autres sténoses gastriques.

IV. Au point de vue radioscopique, on peut soupçonner la syphilis gastrique à l'écran quand on rencontre:

a) le petit estomac rétracté, diminué de volume (petit estomac syphilitique de Leven).

b) des taches persistantes de liquide bismuthé, irrégulièrement situées dans l'aire gastrique, dénonçant des ulcérations muqueuses, le plus probablement gommées ulcérées.

c) la coexistence de plusieurs sténoses sur le même estomac.

V. On doit toujours faire une cure de traitement spécifique aux syphilitiques atteints d'affections gastriques. Même si on ne rencontre pas les stigmates de la syphilis et si la réaction de Wassermann est négative, on est en droit de tenter une cure anti-syphilitique chez les sujets atteints de tumeur jugée inopérable.

Vu :
Le Doyen,
H. ROGER

Vu, le Président :
MARFAN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie
de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- Andral.** — *Clin. médicales*, Paris, 1834, t. II, p. 201.
- Barbier.** — Syphilis de l'estomac (*Thèse de Paris*, 1904).
- Bard.** — Du diagnostic des tumeurs syphilitiques de l'estomac et de l'intestin (*Arch. mal. app. dig. et nutrition*, janvier 1919).
- Bartumens.** — Gastr. intermittente sif. acc. de vom. vespert. y ostros acc. espec. dolor (*Revisl. de Cienc. med. Barcelona*, 1899, V, p. 348.)
- Beclère et Bensaude.** — Un cas de syph. gastrique. Estomac biloculaire. Troubles graves de la nutrition simulant un cancer. Retour à la santé par le trait. spécifique. Contrôle radiologique (*Bull. et Mem. Société Méd. des Hôp.*, 19 mai 1911).
- Bensaude et Rivet.** — Syphilis de l'estomac (*Presse médicale*, 25 octobre 1919).
- Birch-Hirschfeld.** — *Lehrb. des Path. Anatomie*, Leipzig, 1895.
- Blanc.** — Probl. médico-légal soulevé pour un cas de gastro-pathie syphilitique fébrile. Quelques considérations sur la syphilis au Maroc (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, Paris, 1912).
- Botet.** — A propos d'un cas de syph. gast. (*Ann. academie y laborat. de cienc. med. de Catalunya*, Barcelone, 1912).

- Capozzi.** — Storio di un ulcera chron. dello stomaco (*Morgagni*, 1867, p. 89).
- Carman.** — Syph. of the stomach in its Roentgen. Aspects (*Ann. J. Syphilis Saint-Louis*, 1917, I, 111-116).
- Castaigne.** — La syphilis dans les maladies chroniques (*Journ. Méd. français*, décembre 1918, t. VII bis, n° 5, 204-205).
- Castex M. Mariano R.** — La syph. dans l'étiologie des ulcères gastriques et duodénaux (*Prensa medica Argentino*, 30 octobre 1917).
- Syphilis hereditaria tardia, Buenos-Ayres, 1920.
- Castex et Mathis.** — Gastric and duodenal ulcers with tardy inherited syphilis (*Prensa Medica Argentina*, 10 may 1918, n° 34, p. 495).
- Chiari.** — Lues hereditaria mit gummoser Erkrankung der Galleleitenden apparatus ù des Magens (*Prag. Med. Woch. ft.*).
- Chiari.** — Uber Magens syph. *Zeilschrift zu Wirchow* 70 Geburstag, 1891, t. II, p. 296.
- Césarís (Demel).** — Sulla sifilide gastrica a tipo ulcerativo (*Arch. per le Scienze Med.*, 1899, Torino, vol. XXIII, n° 14.)
- Clark.** — Contribuçao ao estudo clinico da syphilis do estomaco (*Brasil med.*, Rio de Janeiro, 1916, XXX, 89-98-114).
- *Thèse d'Agrégation*, Rio de Janeiro, 1919.
- Colleville.** — Sur un cas de gastropathie syphilitique (*Union méd. du Nord-Est*, Reims, 1912, XXXVI, p. 49-51.)
- Comite.** — Sifilide gastrica simulante una néoplasie (*Gazz. de ospit.*, Milano, 1913, XXXIV, p. 266).
- Brunner (Conrad).** — Syph. des Magens, etc. (*Deutsche Chirurgie*, 1907, n° 46, p. 313.)
- Copelli.** — Contributo alla conoscenza della sifilide gastrica — (*Gior. ital. de mal. vener.*, Milano, 1913, XVIII, p. 289-302).
- Cornil.** — Leçons de la syph., Paris, 1879, p. 406.
- Gommès syph. de l'estomac. Etude histologique (*Société méd. des hôpitaux*, 22 mai 1874).

Cornil et Ranvier. — *Manuel d'anatomie pathologique*, p. 796.

Cullec. — Syph. of the Stomach. A case of hour glass. contraction
(*Am. M. Ass.*, Chicago, 1916, LXVII, p. 1667).

Devé (F.). — Gastropathie hérédo-syphilitique tardive à forme
d'ulcère chronique (*Normandie Méd.*, Rouen, 1914).

Dieulafoy. — *Bulletin de l'Académie de Méd. de Paris*, 17 mai
1898.

— *Bulletin médical*, 18 mai 1898, n° 40.

— *Clin. de l'Hôtel-Dieu*, 1897-1898, 4^e leçon.

— *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1900.

— *Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, 10 décembre 1902.

— *Manuel de Pathogénie interne*.

Douglas. — Syphilis of the stomach. Pylorotomy (*Ann. Sur-
gery*, Philadelphie, 1916, LXIII, p. 743.)

Downes. — Congenital lues of stomach (*Ann. Surg. Phila*, 1915
CXVII, p. 540).

— A further report of eight cases of syph. of the stomach
(*Surg. Gynec., Obst. Chicago*, 1917, XXV, p. 361-367).

Downes et Le Wald. — Syph. of the stomach, a report of eight
cases with Röntgenologic Findings (*J. Am. Med. Ass.*
Chicago, 1915, LXIV, 1824-1831).

Dubuc. — *Soc. Méd. de Paris*, séance du 25 juin 1898.

— Un cas de syph. de l'estomac (*France médicale*, 1^{er} juillet
1898).

Dujardin-Beaumetz. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1866, n° 16.

Duval (Pierre). — A propos des aspects biloculaires de l'esto-
mac à l'examen radiologique (*Arch. des maladies de l'App.*
digestif et de la nutrition (mai 1919), t. X, n° 3).

Einhorn. — Syph. of the stomach (*Phil. and Journal*, 1900,
p. 262; V.)

— A new case of syph. tumor of the stomachs (*Journal of the
Amer. Med. Ass.*, octobre 1902).

— A case of syphilitic tumors of the stomach ans ewer with
recovery (*Int. journal of Surgery*, janvier 1909).

- Further remarks on syphilis of the stomach (*Med. Rec.*, New-York 1915. LXXVII 421-424).
- Recent observation on syphilis of the stomach. (*Med. Rec.*, New-York, 241-249).

Equigurren et Urrutia. — Syphilis del stomago (*Rev. Clin. de Madrid*, 1912, VII, 94-97).

Eustermann. — Syphilis of the stomach. A clinical and Roentgenological study with a report of twenty-three cases (*Ann. J. M. Sc. Phila*, 1917, CLIII, p. 21-39).

Fauvel. — *Société anatomique*, 1858.

Fioupe. — Ulcère simple de l'estomac à marche foudroyante. Syphilis probable (*Progrès médical*, 1874).

Flexner. — Gastrit. syph. with. report of a case of perforating syph. ulcer of the stomach (*American journal of Med. Scienc. Phila.*, 1898, p. 424).

Fournier. — *Traité de la syphilis*, t. I, p. 710, Paris, 1906, Rueff, éditeur.

— *La syphilis*, t. I, n° 1, juillet 1903.

— Notes sur certains cas curieux de boulimie et de polydypsie d'origine syphilitique (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, février 1871.)

— *Communication à l'Académie de Méd.*, 18 janvier 1898.

Fraenkel. — *Münch Med. Wochenschrift*, 1898. p. 162.

— *Médecine moderne*, 7 janvier 1899.

Frerichs. — *Traité des maladies du foie*, trad. française, Paris, 1866, p. 329.

Galliard. — Syphilis gastrique et ulcère simple de l'estomac (*Arch. Génér. de médecine*, janvier 1886).

— De la syphilis gastrique (*Compte rendu des séances de l'Acad. de médecine*, 6 juin 1911).

Galliard et Mendelsohn. — Un cas de syphilis gastrique (*Société méd. des Hôpitaux de Paris*, 16 mai 1919).

Gouzot. — Contrib. à l'étude des maladies syphilitiques de l'estomac (*Thèse de Bordeaux*, 1886, n° 47).

- Hauss.** — Syphilis i ventrikelen (*Tidss. kr. f. d. Norske Læge for*, Kristiania, 1912, XXXII, p. 329-332).
- Hausmann.** — Ein Fall von gummosen Magen Tumor geheilt durch Salvarsan-Behandlung (*Münch. med. Wochenschrift*, 7 mars 1911, p. 511).
- Die syph. Tumoren des Magens, etc... (*Ergebn. der inn. med. und Kinderh.*, Berlin, 1911, VII, 279-331).
- Hayem.** — De la syphilis stomacale (*S. M.*, 18 février 1905; *ibid.*, 2 mai 1906).
- A propos de la communication de M. Hepp d'un cas de syph. gastrique (*Bull. de la Société de l'Internat*, 23 février 1911, p. 67).
- Sur un cas de pseudo-cancer de l'estomac de nature syphilitique (*Bull. Académie de médecine*, Paris, 1916, LXXV, p. 247-254).
- Hayem et Lion.** — Maladies de l'estomac, in *Traité de médecine* Gilbert et Thoinot, 1913).
- Hemmeter et Stokes.** — *The St. Johns Hopkins' Hosp. Reports*, Baltimore, 1900, t. IX, p. 773.
- Hemmater.** — *Diseases of the stomach.*
- Hepp.** — Un cas de syphilis gastrique (*Bulletin de la Société de l'Internat*, février 1911, n° 2, 67).
- Hiller.** — Hematemesis in Folge von visceraler Syphilis (*Monat. f. prakt. Dermat.*, Hambourg, 1882, I, 97).
- Hodges.** — Syph. of. the stomach with report of case (*Virginia Med. Semi Month*, Richmond, 1915-1916, XX, 347).
- Holland.** — Syphilis of the stomach, two cases which resembled cancer (*New-York Med. Journal*, 1916, CIII, p. 402).
- Hoover.** — *Cleveland Med. Journal*, 1904, p. 389-392).
- Hubbord.** — Syphilis stenosis (*South med. journ. Nashville*, 1915, VIII, p. 38-40).
- Kerr.** — Syphilitic ulcer of the stomach with resection (*Georg Washington Univ. Bullet.*, 1917, XVI, p. 52-54).

- Keser.** — Syph. and gastric Ulcer (*British. Med. Journal*, London, 1891, II, p. 696).
- Klebs.** — Hdb. der pathol. Anat., 1869, t. I, p. 261.
- Kleissel.** — Die Erkrankungen des Magens bei Lucs (*Wien. med. Wochenschrift*, 1915, LXXV, p. 134-193-232).
- Küznik.** — Fistule spontanée et gastro-pariétale d'origine syphilitique (*Beitr. zur Klin. Chirurgie*), 1906, Bd. XLVIII, p. 586).
- Kirsch.** — Mitt. de Gesellsch. f. inn Med. von Kinderh in Wien, 1906, V, p. 88-90).
- Lacapère.** — Causes d'orientation de la syphilis (*Presse Méd.*, n° 37, juillet 1919).
- Lacassagne (Raoul).** — Sur un cas d'ulcère gastrique syphilitique avec sténose pylorique guéri par le traitement mixte (*Lyon-Médical*, 1911).
- Lafleur. (H.-A.)** — A case of gastric syphilis (*The Montréal medic. Journal*, 1903, p. 488-492).
- Lancereaux.** — Etude sur les lésions viscérales susceptibles d'être rattachées à la syphilis constitutionnelle (*Gaz. heb. med. et chir.*, 26 août 1864).
- *Traité de la syphilis*, 1866, p. 310.
- Lehmann.** — Syphilis gastrique. Manifestation tardive d'une syphilis héréditaire (*Rev. gén. de clin. et de thérap.*, Paris, 1914, XXVIII, p. 8).
- Letulle.** — Les laissés pour compte de la médecine de guerre (*Presse médicale*, n° 36, 26 juin 1919).
- Leven.** — La syphilis gastrique, sa fréquence méconnue en clinique (*Société de Thérapeutique*, 11 juin 1913, p. 62-66).
- Sur un cas de syphilis gastrique (*Bull. gén. de Thérap.*, Paris, 1910).
- Une forme de syphilis gastrique. Le petit estomac syphilitique (*Bull. et Mémoires de la Société de radiologie méd. de Paris*, 1912, IV, 163-165).

Leven et Barret. — Syphilis gastrique grave. Estomac biloculaire guéri par le traitement mercuriel et ioduré, 25 février 1910.

Leven et Reguard. — Une forme de syphilis gastrique traitée et guérie (le petit estomac syphilitique), *Bulletin génér. de thérapeutique*, 1912, CVXIV, p. 76-78).

Levin. — Syph. of the stomach (*Med. et Surg. Saint-Louis*, 1917, p. 498-506).

Le Wald. — Further studies in the diagnosis of syphilis of the stomach with a report of nineteen cases (*Mississippi Valley M. J.*, Louisville, 1917, XXIV, p. 119-112).

— Syphilis of the stomach (*Am. Atlas Stereo-Röntgenologie*, Troy, N.-Y., 1917, II, p. 162-164).

Lenzman. — *Münch Med. Wochen*, 1905, p. 1657.

Lion. — De la syph. de l'estomac, *Paris-Méd.*, juin 1911).

— Les faux cancers de l'estomac (*Arch. des maladies de l'app. digestif et de la nutrition*, t. X, n° 2, mars 1919).

Lyon (B.-B.-V.). — A consideration of syphilis of the stomach its diagnosis et traitement (*Arch. Diag.*, N.-Y., 1917, IV, p. 67-75).

Lull. — Syphilis as a probable factor in vague stomach disorders (*J. Am. Med. Ass. Chicago*, 1916, LXVII, 998-1001).

Mac Kay. — (U.-A.) The rôle of syphilis in the etiology of simple ulcer of the stomach (*The Lancet*, 24, XII, vol. II, p. 1071).

Mac Gaughey et Tyrée (J.-I.). — Syphilis gastric (*The Journal of the Missouri State Medical Association*, t. XVII, n° 1), janvier, 1919).

Mac Neil. — Syphilis of the stomach (*Am. Journal syph. Saint-Louis*, 1917, I, p. 91-99).

— Syphilitic ulcer of the stomach, report of a case examined histologically (*J. Amer. med. Ass. Chicago*, 1915, LXIV, p. 430).

Mamuléa. — A supra unni caz de sifilis gastric secundar spitalul (*Revist. Medic.*, 1901, XXI, p. 103).

- Marfan.** — Les ulcérat. gastriques (*Gaz. des Hôpitaux*, 23 avril 1887).
- Matthews.** — Syphilis of the stomach (*Northwest med. Scatle*, 1916, XV, 373).
- Mathieu.** — La syphilis gastrique (*Gaz. des Hôpitaux*, Paris, 1911, 1231-1236).
- Mathieu, Sencert, Tuffier.** — *Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage*, 1913.
- Melamet.** — Des survies prolongées après la gastro-entérostomie pour sténose cancéreuse du pylore (*Thèse de Paris*, 1911).
- Meyers.** — Syphilis of the stomach (*New-York State J. M.*, N.-Y. 1912, XII, p. 531-541).
- Moren (J.-J.).** — Syphilis of the stomach report of case (*Louisville, Month J. Med. et S.*, 1910-1911, XVII, p. 300).
- Morgan.** — Syphilis of the stomach (*Am. J. M. Sc. Phila.*, 1915, CXLIX, p. 392-406).
- Morris.** — Syphilis of stomach. Report of a case illustrating the difficulty of differencial diagnosis between cancer of stomach and syph. of stomach with tumor formation (*New-York State J. M.*, 1916, XVI, p. 245-247).
- Myer.** — Syphilis of stomach with a report of two cases of syph. tumors (*Interstate M. J. Saint-Louis*, 1912, XIX, p. 974-979).
- Niles.** — Syphilis of the stomach (*J. Am. M. Ass. Chicago*, 1916, LXVI, p. 564).
- Oliveira.** — Considerações geraes sobre a syphilis, de un caso de syphilis gastrica de typo pseudo-canceroso (*Arch. Bras. de Med. Rio de Janeiro*, 1914, IV, p. 490-502).
- Pappenheimer.** — A case of syphilis of the stomach (1906-1907, VI, p. 27-29. *Proc. N.-York Path. Society*).
- Parody.** — Syphilis with gastric and duodenal ulcers (*Pr. Med. Argentina*, aug. 30, 1908, n° 9, p. 91).

- Patella.** — Early Diagnosis of cancer of the stomach (*Riforma Medica*, 1916, XXXII, p. 85-112; *Abst. Journ. Med. Ass.*, 1916, LXVI, p. 1433).
- Pater.** — Syphilis de l'estomac (*Gaz. des Hôpitaux*, 9 novembre 1907).
- Sur la syphilis de l'estomac (*Thèse de Paris*, 1907, Steinhul).
- Pierro Sessa.** — Contribution à l'étude radiologique des biloculations gastriques d'origine organique (*La radiologia medica*, mars-avril 1918).
- Portis.** — Syphilis of the stomach (*Med. Clin. Chicago*, 1916, II, p. 359-375).
- Pron.** — Deux cas de syphilis gastrique (*Bull. gén. de thérap.*, 1917, CLXIX, p. 563-567).
- Ramond.** — A propos d'un cas de syphilis gastrique (*Prog. Méd.*, n° 1, 4 janvier 1920).
- Ritter.** — Zur Kenntniss der Gummosen Magensyphilis (*Prag. Med. Wchnschr.*, 1893).
- Rockey.** — Syph. of the stomach (*Northwest Med. Seattle*, 1917, XVI, p. 103-106).
- Rosanow.** — *Med. Obozr.*, Moscou, 1890, n° 7 et *Semaine médicale*, 1890, n° 43.
- Roux (J.-C.).** — Maladies du tube digestif in *Traité Debove, Achard, Castaigne*.
- Rüdnew.** — Über syph. Stricturen des Magens (*Jour für normale a und pathol. hist. pharmac. und Klin. Med.*, 1870).
- Schirrer.** — Beiträge zur Kenntniss der Atrophie des Magenschleimhaut, Kiel, 1888.
- Schreib.** — Syphilis mit gummoser affect. des Magens und Darmes, sowie der Lungen bei einem 51 jährigen Maune (*Prag. Med. Woch.*, 1900, p. 537-551).
- Sieghelm.** — La syphilis de l'estomac (*Deutsche Med. Woch.*, 1911, n° 4, p. 148).
- Soupault.** — *Traité des maladies de l'estomac*, art. Sténosé du pyllore, p. 343 et art. : Syphilis de l'estomac, p. 617.

Smithies. — Syph. of the stomach. A clinical study of twenty six instances of dyspepsia associated with positiv. Wassermann Noguchis Reactions (*J. Am. H. Ass. Chicago*, 1915, LXV, p. 572-577).

— Syphilis of stomach, a clinical study of thyrty five instances of organes gastric lesions associated with positive Wass., Noguchi reactions (*Am. J. syph. Saint-Louis*, 1917, I, p. 100-110, 9 pl.).

Stolper. — Beiträge zur syph. visceralis Magen Lungen Herz Syphilis (*Bibl. Medica*, Häft VI, Cassel, 1896, p. 9).

Topinard. — Vomissements incoercibles. Traitement antisypilitique et alimentation par le rectum (*Gaz. des Hôpitaux*, 5 décembre 1885).

Trousseau. — *Traité de thérapeutique*, 1875, t. I, p. 295. Art. : mercure.

Tuohy. — Luetic contractures of the stomach. A report of two cases of hour-glass stomach with pos. Wass. reactions and improvement under antispecific treatment (*Interstal. M. J. Saint-Louis*, 1914, XXI, 1036-1045).

Villacion et Coni-Bazan. — Un caso de sífilis del stomago (*Semana med. Buenos-Ayres*, 1912, XIX, p. 1060-1062).

Wagner. — De syphilomate ventricule (*Dissertatio Lipsiæ*, 1863).

— Das Syphilome oder die constitutionelle syphil. Neubildung (*Arch. für Heilk*, 1863, IV, p. 225).

White. — Studies of the stomach in syphilis (*Boston M. et S. J.*, 1917, CLXXVI, 11-13).

Widal et Meslay. — Ulcérations gastriques (*Semaine méd.*, 1897).

Wirschow. — La syph. constitutionnelle, trad. Picard, Paris, 1860.

Williams. — Syphilis of the stomach. Report of a case Virginia (*M. Semi-Month Richmond*, 1917, 18, XXII, p. 70).

